Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok II. Listopad-Grudzień 1930 Nr 11-12.

Pielęgniarka Polska Nr. 11-12

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 11-12

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

KRAKÓW, UL. ŚW. KRZYŻA L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Kwartalnie 2 zł.
Pojedyńczy num. 1 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara
We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Rok II. Listopad-Grudzień 1930 Nr. 11-12.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI CO MIESIĄC POD KIERUNKIEM HANNY CHRZANOWSKIEJ, JADWIGI SUFFCZYŃSKIEJ I WANDY LANKAJTESÓWNY.

Sprawozdanie

z V-go Walnego Zjazdu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych

Już na jakiś czas przed Zjazdem do Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa zaczęli zjeżdżać goście: pielęgniarki z różnych stron Polski, którym udało się uzyskać kilkanaście lub kilka dni urlopu dla dopełnienia wiedzy i rozszerzenia horyzontów pracy w stolicy bądź na terenie Szkół Pielęgniarstwa i oddziałów szkolnych szpitalnych, bądź na terenie Ośrodków Zdrowia.

DZIEŃ 1-szy — 8-go LISTOPADA 1930 R.

Walny Zjazd rozpoczęła Msza św., odprawiona w kaplicy szkolnej przez Ks. prałata F. Jachimowskiego, który w podniosłem przemówieniu naznaczył drogi, jakiemi postępować powinno pielęgniarstwo w Polsce.

Wszystkie obrady Zjazdu odbyły się w Warszawskiej Szkole Pielęgn.

Posiedzenie pierwsze.

Pierwsze posiedzenie było — jak zazwyczaj — poświęcone sprawom zawodowym (wstęp dozwolony tylko dla członków P. S. P. Z.).

O godzinie 10-tej rano wielka sala koncertowa zapełniła się; obecnych było 168 członkiń.

Przewodnicząca Stowarzyszenia, p. Jadwiga Romanowska, otworzyła zebranie, witając serdecznie przybyłe koleżanki, poczem odczytała porządek dzienny. P. Jadwiga Suffczyńska, sekretarka, odczytała protokół z poprzedniego Walnego Zjazdu oraz

Sprawozdanie Zarządu
za czas od listopada 1929 do listopada 1930 roku.

I. Wypełniając uchwałę Walnego Zjazdu z r. 1929, utworzono Komisję Wychowawczą, która, łącznie z Komisją Zdrowia Publicznego, rozesłała do wszystkich absolwentek ankietę, dotyczącą braków w wykształceniu pielęgniarskiem i na jej podstawie opracowała program kursu uzupełniającego dla pielęgniarek społecznych. Za pośrednictwem Referatu Pielęgniarskiego w Departamencie Zdrowia, Stowarzyszenie uzyskało 2.000 złotych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych na urządzenie kursu. Kurs ma się rozpocząć w styczniu 1931 roku.



Zjazd P. S. P. Z. Posiedzenie pierwsze

Projekt programu kursu uzupełniającego dla pielęgniarek społecznych:

1. Ustrój państwowy i samorządowy.
2. Ustawodawstwo społeczne.
3. Ubezpieczenia społeczne.
4. Historja pracy społecznej w Polsce.
5. Metody pracy społecznej.
6. Zasady wychowania, rozwój umysłowy i fizyczny dziecka.
7. Technika żywego słowa.
8. Technika propagandy i popularyzacji.
9. Naukowa organizacja pracy i biurowości.
10. Higjena pracy.
11. Eugenika.
12. Wychowanie fizyczne.

13. Gospodarstwo dmowe: układanie budżetu, rozkład pracy domowej.
14. Seminarjum teoretyczne.
15. Ćwiczenia praktyczne z pielęgniarstwa (na terenie domu).
16. Zwiedzanie instytucyj.

Wykłady mają wypełnić 100 godzin. Odbywać się będą trzy razy na tydzień po 2 godziny wieczorem. w lokalu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Wpisowe 10 zł., opłata 10 zł. Przewidziane są egzaminy końcowe i świadectwa. Przewodniczącą kursu będzie p. Wanda Lankajtesówna.

II. Miesięcznik „Pielęgniarka Polska“ wychodzi nadal.

III. Sprawa pokoju w „Domu współdzielni wypoczynkowej“ w Krynicy stoi na martwym punkcie: Zarząd Domu zmienił się, pożyczki nie uzyskał i dom jest jeszcze niewykończony.

IV. P. S. P. Z. zakupiło cegiełkę na Instytut walki z rakiem w Warszawie im. Marji Curie - Skłodowskiej.

V. Ustawa o pielęgniarstwie leży złożona w Ministerstwie Spraw Wewn.; sprawa jej zatwierdzenia nie posunęła się, niestety, naprzód.

VI. Wydrukowano i rozesłano poszczególnym Związkom Absolwentek statut i legitymacje P. S. P. Z.

VII. P. S. P. Z. wypowiedziało się za zmianą ustawy o karalności kobiety za przerwanie ciąży w odpowiedzi na ankietę „Kobiety Współczesnej“.

VIII. Wysłano do Wydziału Zdrowia Magistratu miasta Warszawy memorjał, domagający się zaliczenia pielęgniarek, pracujących w szpitalach miejskich, do kategorji etatowych pracowników — urzędników i ubezpieczenia ich, jako pracowników umysłowych.

IX. Zarząd odbył 5 posiedzeń, z których 2 — nadzwyczajne.

X. Nawiązano kontakt ze Szkołą Pielęgniarek P. C. K. w Poznaniu, a po stwierdzeniu, że dyrektorką Szkoły mianowana została dyplomowana pielęgniarka i że od uczennic Szkoły poznańskiej wymagany jest cenzus naukowy, obowiązujący w polskich Szkołach pielęgniarstwa — postanowiono przedstawić Walnemu Zjazdowi wniosek, uchylający rezolucję Zjazdu 1929 roku.

Sprawozdanie Zarządu przyjęto jednogłośnie.

Następnie p. Małgorzata Żmudzka, skarbniczka, odczytała zatwierdzone przez Komisję Rewizyjną

Sprawozdanie kasowe P. S. P. Z.
za czas od 18 listopada 1929 — 8 listopada 1930:

Wpływy

Saldo na dz. 18. X 1829 dolarówek 200	zł. 5.106·17	
Składki członkowskie	1.994‘30	
Min. S. W. na urządzenie kursu	2 000	
Subwencja W. O. S.	2.800	
Zwrot Admin. „Piel. Pol.“	309	
Dar Mrs Shartle na fundusz żelazny „Piel. Pol“.	88·80	
Ze sprzedaży legitymacyj i statutu	116	12.414·27
		12.414·27

Wydatki

Wydatki kancelaryjne i t. p.	935·82	
Na Zjazd	541·52	
Pokój w Krynicy	525	
„Piel. Pol.“	3.300	5.302·34
Saldo na 8. XI. 30 dolarówek 200		7.111.93
		12.414·27

Sprawozdanie z redakcji i administracji „Pielęgniarki Polskiej“ zdała p. Hanna Chrzanowska, naczelna redaktorka.

Poczem przystąpiono do głosowania do nowego Zarządu. Uprawnionych do głosowania (absolwentek ze zdanym egzaminem państwowym) było 148. Znaczną większością głosów wybrano Zarząd następujący:

Przewodnicząca: p. Jadwiga Romanowska
Wiceprzewodnicząca I-a: p. Marja Mochnacka
Wiceprzewodnicząca II-ga: p. Teresa Kulczyńska
Sekretarka: p. Jadwiga Suffczyńska
Skarbniczka: p. Helena Nagórska.

Członkowie Zarządu: p. Marja Babicka, p. Sara Gołębianka, p. Marja Starowieyska i p. Janina Żakowska.

P. Romanowska, abs. W. S. P., jest asystentką dyrektorki w W. S. P.; p. Mochnacka abs. W. S. P., jest pielęgniarką naczelną w I Miejskiej Stacji Higjeny Zapobiegawczej w Warszawie; p. Kulczyńska, abs. Szkoły św. Wincentego a Paulo w Krakowie, oraz Szkoły pielęgn. w Bostonie, jest instruktorką klasową w Krakowie, p. J. Suffczyńska, abs. W S. P., jest przewodniczącą Sekcji Sióstr P. C. K. w Warszawie; p. H. Nagórska, abs. W. S. P., jest dyrektorką Szkoły Pielęgniarstwa P. C. K. w Warzzawie; p. Babicka, abs. W. S. P., jest referentką pielęgniarstwa w Depart. Sł. Zdr., p. Gołębianka, abs. Szkoły Pielęgniarek na Czystem, jest instruktorką w tejże szkole, p. Starowieyska, abs. Uniw. Szk. Piel. w Krakowie, jest instruktorką pracy społecznej w tejże szkole, p. Żakowska, abs. Szkoły Pielęgniarek i Higjenistek w Poznaniu, jest prezeską Stow. abs. poznańskich.

Skład poniższych Komisyj Zjazd przyjął, na przedstawienie Zarządu, przez aklamację:

Komisja balotująca: p. Marja Epsteinówna, p. Helena Nagórska, p. Sabina Schindlerówna, p. Zofja Szlenkierówna, p. Marja Tarnowska.

Komisja rewizyjna: p. Marja Iwicka, p. Nina Lubowska, p. Anna Martinówna.

Sąd honorowy: p. Marja Jędrzejewska, p. Anna Rydlówna, p. Lija Wigdorowiczówna, p. Zofja Szlenkierówna, p. Małgorzata Żmudzka.

Posiedzenie drugie: Otwarcie Zjazdu

Godzina 5 popoł.: Obecnych — gości i członków — 270 osób. P. Jadwiga Romanowska otwiera Walny Zjazd i słów parę poświęca ś. p. Zofji Komorskiej-Barnett, pierwszej prezesce P. S. P. Z., zmarłej wiosną tego roku. Poczem dziękuje wszystkim gościom i pielęgniarkom za liczne przybycie i prosi o przewodniczenie obradom p. Dra Czesława Wroczyńskiego. Lekarza naczelnego Wydziału zdrowia Magistratu m. Warszawy. P. Dr Wroczyński oddaje głos p. Bronisławowi Krakowskiemu, Naczelnikowi Wydziału opieki nad dziećmi i młodzieżą Min. Opieki Społecznej.

Cele i zadania opieki nad dziećmi i młodzieżą w Polsce

streszczenie odczytu wygłoszonego przez *Bronisława Krakowskiego*

Na wstępie prelegent streścił rys historyczny rozwoju opieki społecznej w Polsce, poczynając od XIII. wieku.

Polska, czerpiąc wzory z Zachodu, koncentrowała opiekę w rękach duchowieństwa. Okres ten trwał do końca XV. wieku. Od końca XVIII w. zaznacza się w pracy opiekuńczej współudział władz państwowych i dążenie do utworzenia organów wykonawczych i kontrolujących.

W roku 1754 wybudował ks. Baudouin szpital dla podrzutków w Warszawie. Pierwotnie zakłady istniały w miastach i przy klasztorach.

Dopiero od XVI. wieku zaczęły się pojawiać zakłady opiekuńcze, fundowane przez proboszczów, właścicieli ziemskich i gromady włościańskie. Państwo ograniczało swą akcję do zatwierdzania fundacyj przez stany Rzeczypospolitej i popierało zakłady przez zwalnianie od podatków i powinności. Początek okresu, w którym akcja opiekuńcza wchodzi w sferę działalności publicznej, przypada na panowanie Stanisława Poniatowskiego. Lata 1768—1775 stanowią okres konsolidacji poczynań Państwa i pierwszych prób prawodawczych zarządzeń.

Dalsze etapy opieki nad dziećmi w dziejowym pochodzie Polski świadczą o głębokiem zrozumieniu, że prawdziwem bogactwem narodu jest człowiek. „Każda społeczność powinna hodować i układać ludzi podług swoich potrzeb i celu, do którego dąży, a zatem powinna wychowanie młodzieży opisać prawami“. W powyższy sposób przed stu laty wielki nasz uczony, Jędrzej Śniadecki, określił zadania społeczeństwa na polu opieki nad dziećmi.

Wychowanie umysłowe i moralne już w roku 1773 określiła prawami Rzeczpospolita Polska w Ustawach Komisji Edukacji Narodowej.

Śmiało rzec można, że gdyby samodzielny byt Polski nie był przerwany, to wobec tego, że już twórcy ustaw Komisji Edukacyjnej głęboko rozumieli potrzebę starań około dziecięcia od pierwszych jego życia początków, około zdrowia, czerstwości i sił jego, „starań, stosowanych do pomnażającego się wieku, a zawsze za cel mających uczynić człowieka szczęśliwym i do wykonania powinności zdolnym“, już dawno w Polsce również i higjena dziecka oraz jego „hodowanie“ byłoby „określone prawami“. Niestety, trzeba było czekać przeszło 125 lat, aby Rząd odradzającej się Niepodległej Rzeczypospolitej nawiązał przerwaną nić tradycji z twórczą organizacyjną pracą Komisji Edukacyjnej i stworzył już nietylko naczelny państwowy urząd, czuwający nad wychowaniem umysłowem i moralnem młodzieży szkolnej, lecz również powołał do życia państwowy centralny urząd, sprawujący opiekę nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą.

Urząd ten — to Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, które obejmuje działalnością swą wszystkie zagadnienia socjalne.

Konstytucja z dnia 17. marca 1921 roku. Fundamentem ustawodawstwa w dziedzinie opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą, jest art. 103 Konstytucji z dnia 17. marca 1921 r., który głosi: „Dzieci, bez dostatecznej opieki rodzicielskiej, zaniedbane pod względem wychowawczym — mają prawo do opieki i pomocy Państwa w zakresie, oznaczonym ustawą. Odjęcie rodzicom władzy nad dzieckiem, może nastąpić tylko w drodze orzeczenia sądowego. Osobne ustawy normują opiekę macierzyństwa. Dalszym etapem prac ustawodawczych było wydanie **Ustawy o Opiece społecznej** z dnia 16. sierpnia 1923 r., ogłoszonej w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej (Nr. 92, poz. 726). Ustawa ta, zawierająca ramowe przepisy o opiece społecznej w ogólności, wskazuje między innemi, iż opieka społeczna w swoim zakresie winna obejmować w szczególności: ochronę macierzyństwa oraz opiekę nad niemowlętami, dziećmi i młodzieżą.

Obowiązek sprawowania opieki społecznej w myśl przepisów tej ustawy został nałożony na związki samorządowe; Państwo ponosi ciężary opieki w niektórych tylko wypadkach, a mianowicie, gdy zachodzą specjalne obowiązki z tytułu publicznego, np. nad inwalidami i ich rodzinami, lub gdy idzie o wykonanie tych rodzajów opieki społecznej, które prze-

kraczają możność finansową udzielania świadczeń przez związki komunalne. Zwierzchni nadzór nad czynnościami związków samorządowych w zakresie opieki społecznej należy do Ministra Pracy i Opieki Społecznej, przy którym istnieje jako organ doradczy i opinjodawczy Rada Opieki Społecznej, złożona z reprezentacji ciał samorządowych, instytucyj opieki społecznej i zainteresowanych ministerstw.

Zarówno ustawa konstytucyjna z dnia 17. marca 1921 r., jak i ramowa ustawa o opiece społecznej, uznając ogólnie prawo matki i dziecka do opieki społecznej, wymagałaby szczegółowych ustaw i rozporządzeń, które ujęłyby w ramy prawne poszczególne zagadnienia opieki społecznej nad macierzyństwem i nieletnimi. Przechodząc do rozpatrzenia tych ustaw i rozporządzeń, ujmiemy je w dwie zasadnicze grupy, a mianowicie przepisy prawne, regulujące ochronę macierzyństwa, i przepisy, regulujące opiekę nad dziećmi i młodzieżą.

Obowiązkowe zabezpieczenie na wypadek choroby. Zagadnienie pomocy i opieki nad kobietami ciężarnemi i matkami karmiącemi zostało przewidziane w ustawodawstwie w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby. Ustawa z dnia 19. maja 1920 roku o obowiązkowem zabezpieczeniu na wypadek choroby (Dziennik Ustaw Rzplitej Polskiej Nr. 44, poz. 273) nakłada obowiązek na Kasy Chorych udzielania świadczeń dla położnic. Świadczenia te polegają na udzielaniu pomocy lekarskiej i położniczej przed, w czasie i po połogu oraz udzielaniu zasiłku połogowego niedłużej niż w ciągu 8 tygodni, z których przynajmniej 6 przypadać winno po porodzie; ponadto nakłada również obowiązek udzielania po upływie tego terminu zasiłku w naturze lub w gotówce matkom karmiącym, niedłużej jednak, niż w ciągu 12 tygodni.

Praca młodocianych i kobiet. Poza przytoczonemi przepisami prawnemi, które mają zastosowanie odnośnie do ubezpieczonych w Kasach Chorych, względnie do członków ich rodzin, istnieją również przepisy, regulujące pracę zarobkową kobiet ciężarnych i matek karmiących. Przepisy te, zawarte w Ustawie z dnia 2. lipca 1924 r. w przedmiocie pracy młodocianych i kobiet (Dz. Ustaw R. P. Nr. 65, poz. 636), nadają kobiecie w czasie ciąży prawo korzystania z przerw w pracy, niedłużej jednak, niż 6 dni w miesiącu, oraz prawo przerwania pracy z chwila złożenia świadectwa lekarskiego, że można spodziewać się rozwiązania niepóźniej, niż za 6 tygodni; po porodzie zaś pracodawca nie ma prawa zatrudniać pracownicy przez 6 tygodni od dnia porodu, przyczem w ciągu wszystkich tych przerw pracodawcy nie wolno rozwiązać, ani wymówić służbowego stosunku pracy. Wyżej przytoczona ustawa poza przepisami w zakresie ochrony pracy kobiet ciężarnych, zawiera również przepisy, dotyczące matek karmiących, a mianowicie nakłada obowiązek na pracodawców w przedsiębiorstwach, w których pracuje ponad 100 kobiet, utrzymywania żłobków dla niemowląt, gdzie matki na czas pracy mogą pozostawiać swe niemowlęta, przyczem matkom karmiącym przysługuje prawo korzystania w ciągu godzin pracy z dwóch półgodzinnych przerw, które wlicza się do godzin pracy.

Żłobki dla niemowląt w zakładach pracy. Opierając się na powyższym ustawowym przepisie, Minister Pracy i Opieki Społecznej wydał Rozporządzenie z dnia 11. marca 1927 r. w sprawie urządzenia i utrzymywania żłobków dla niemowląt w zakładach pracy (Dz. Ustaw Rz. P. Nr. 32, poz. 923), które reguluje kwestję zakładania i prowadzenia żłobków w za-

kładach pracy oraz sprawę nadzoru nad niemi, przyczem kolejność otwierania zakładów oraz terminy, w których winny być zakładane i utrzymywane żłobki, ustala Minister Pracy i Opieki Społecznej w drodze rozporządzeń.

Prace i obowiązki kobiet, karmiących obce niemowlęta. Tak ustawa o ochronie pracy kobiet, jak i wydane w związku z nią rozporządzenia, mają na celu ochronę macierzyństwa i opiekę nad niemowlętami, karmionemi przez swe matki; ale istnieje duża liczba dzieci, które z tych lub innych powodów są oddawane na karmienie obcym kobietom. W celu podniesienia zdrowotności tych kobiet w okresie karmienia niemowląt i ochrony niemowląt, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, do którego kompetencji, w myśl Rozporządzenia Prezydenta z dnia 18. stycznia 1924 r. w przedmiocie rozdziału kompetencji Ministra Zdrowia Publicznego (Dz. Ustaw Nr. 9, poz. 86) należy między innemi i lekarska opieka nad dzieckiem i macierzyństwem, wydało w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych Rozporządzenie z dnia 14. października 1924 roku w sprawie praw i obowiązków kobiet, karmiących obce niemowlęta (Dz. Ustaw R. P. Nr. 944, poz. 876), określające warunki, w jakich kobiety mogą brać obce niemowlęta na wykarmienie, przyczem nadzór nad stanem zdrowotnym tych kobiet, jak również nadzór nad przestrzeganiem przepisów niniejszego rozporządzenia, został powierzony odnośnym władzom sanitarnym.

Nadzór i kontrola nad działalnością instytucyj opiekuńczych. Przepisy prawne, regulujące zagadnienia opieki zakładowej, są zawarte w Rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. kwietnia 1927 roku o nadzorze i kontroli nad działalnością instytucyj opiekuńczych (Dziennik Ustaw Nr. 42, poz. 354), na mocy którego to rozporządzenia podlegają nadzorowi i kontroli stowarzyszenia i związki oraz instytucje i zakłady, których cele należą do zakresu opieki społecznej, niezależnie od formy, w jakiej powstały i niezależnie od nazwy. Władzami nadzorczemi w pierwszej instancji są starostowie, w drugiej — wojewodowie; nad zakładami opiekuńczemi związków samorządowych nadzór i kontrolę wykonują właściwe władze nadzorcze tych związków.

Kwalifikacje kierowników zakładów opiekuńczych, regulaminy i sprawozdania. W związku z tem zasadniczem rozporządzeniem, zostało wydane szczegółowe Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 10. października 1927 roku o kwalifikacjach kierowników zakładów opiekuńczych (Dz. Ustaw Nr. 100, poz. 866), określające, jakim warunkom winny odpowiadać osoby, powołane do kierownictwa zakładem opiekuńczym, oraz nakładające na stowarzyszenia, związki i instytucje obowiazek podawania do wiadomości bezpośredniej władzy nadzorczej danych, dotyczących kwalifikacyj kierowników zakładów opiekuńczych, prowadzonych przez te instytucje; oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 12. października 1927 roku o regulaminach zakładów opiekuńczych (Dz. Ust. Nr. 100, poz. 867); wreszcie Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 23. listopada 1927 r. o sprawozdaniach z działalności i rachunkowości instytucyj opiekuńczych (Dz. Ust. Nr. 2, ex 1928, poz. 13). Rozporządzenie to nakłada obowiązek na stowarzyszenia, związki, instytucje i zakłady, które podlegają nadzorowi i kontroli w myśl wyżej wymienionego Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, przedkładania władzy nadzorczej, po upływie każdego roku,

według ustalonych form sprawozdań z działalności i sprawozdań rachunkowych.

Wojewódzkie zakłady opiekuńczo - wychowawcze. Sprawę budowy i utrzymania zakładów opiekuńczo-wychowawczych przez związki samorządowe, które w myśl ramowej ustawy o opiece społecznej obowiązane są do sprawowania opieki społecznej, reguluje Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16. stycznia 1928 r. o budowie i utrzymaniu wojewódzkich zakładów opiekuńczo - wychowawczych (Dziennik Ustaw Nr. 8, poz. 56). W myśl powyższego rozporządzenia z dóbr państwowych, w szczególności — z dóbr, przeznaczonych na cele reformy rolnej, wydziela się w każdem województwie odnośne objekty, potrzebne pod budowę i rozszerzenie wojewódzkich zakładów opiekuńczo-wychowawczych. Koszty utrzymania tych zakładów pokrywają wojewódzkie związki komunalne. Państwo zaś pokrywa koszty utrzymania dzieci w tych zakładach tylko w tych wypadkach, gdy jest do tego zobowiązane na podstawie odpowiednich przepisów. Nadzór nad urządzeniem i prowadzeniem zakładów wykonuje Minister Pracy i Opieki Społecznej.

Pogotowie Opiekuńcze. Specjalną formą opieki tymczasowej dla dzieci, które znalazły się na ulicy bez opiekunów, oraz porzuconych przez opiekunów, przewiduje Rozporządzenie, wydane w roku 1920 o organizacji Pogotowi Opiekuńczych (Monitor, Nr. 82 z dnia 1. marca 1920 r.). Pogotowia takie mają szczególniejsze znaczenie w miastach większych, gdzie wypadki opuszczenia są częstsze oraz gdy zachodzi potrzeba poddania dziecka baczniejszej obserwacji przed zakwalifikowaniem do zakładu.

Nieletni przestępcy. Zagadnienie dzieci przestępczych reguluje Dekret z dnia 7. lutego 1919 r. w przedmiocie utworzenia sądu dla nieletnich. Sądy te rozpoznają wszelkie sprawy karne, wynikłe na terytorjum danego miasta i należące do właściwości sądów pokoju, o ile oskarżony lub pokrzywdzony w tych sprawach jest nieletnim w wieku do lat 17. Przy sądach dla nieletnich powstają urzędy opiekunów stałych sądowych, których powołuje sędzia z pośród osób obojga płci, szczególnie kwalifikujących się do kierowania i nadzoru nad nieletnimi. Na mocy tego dekretu Minister Sprawiedliwości utworzył w Warszawie, Łodzi i Lublinie sądy dla nieletnich, które zaczęły działać dnia 1. września 1919 r. Zasady działalności sądów dla nieletnich zawiera wydane dla nich Rozporządzenie tegoż Ministra z dnia 26. lipca 1919 roku. Ponadto opiekę nad nieletnimi przestępcami sprawuje „Warszawskie Towarzystwo Patronatu nad nieletnimi“, opiekujące się nieletnimi, umieszczonymi w zakładach poprawczo - wychowawczych. Utworzona w końcu 1919 r. Komisja Kodyfikacyjna Rzeczypospolitej Polskiej, opracowała w sekcji prawa karnego projekt „Ustawy o sądach dla nieletnich“, który zatwierdziło Zebranie Ogólne Komisji. Ustawa ta została opracowana na zasadach następujących: nieletni, należący do właściwości sądu dla nieletnich, dzielą się na dwie zasadnicze kategorje: 1) nieletni, którzy przed ukończeniem lat 13 popełnili czyn, zabroniony pod groźbą kary, i nieletni od lat 13 do 17, którzy popełnili taki czyn bez rozeznania oraz 2) nieletni od lat 13 do 17, którzy popełnili czyn przestępczy z rozeznaniem; wobec tej drugiej kategorji mają zastosowanie środki poprawcze, które są czemś pośredniem pomiędzy środkami wychowawczemi, stosowanemi do dzieci pierwszej kategorji, a karą. Aby uchronić nieletniego od zetknięcia się z więzieniem, projekt tworzy

przy każdym sądzie dla nieletnich schronisko pod bezpośrednią kontrolą sędziego dla zatrzymanych nieletnich przestępców.

W myśl tego projektu powstają również w okręgach sądów dla nieletnich Towarzystwa Patronatów, które mają na celu opiekę nad nieletnimi, w szczególności zaś prowadzą zakłady wychowawczo-poprawcze; organizacja tych ostatnich również jest przewidziana w projektowanej ustawie.

Zwalczanie demoralizacji. Należą tu następujące zagadnienia: handel uliczny i kolportaż gazet, uczęszczanie i zatrudnianie dzieci w lokalach rozrywkowych (kina, kabarety, teatry), palenie tytoniu i t. d. Po zebraniu bogatego materjału prawodawczego państw zachodnio-europejskich i po odbyciu całego szeregu konferencyj z czynnikami społecznemi, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, z chwilą uchwalenia omawianej poniżej ustawy o opiece nad macierzyństwem i nieletnimi, ureguluje te wszystkie zagadnienia zapomocą rozporządzeń wykonawczych.

Kolonje letnie. W zakresie opieki nad zdrowiem dzieci została powołana Rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia Publicznego i Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dnia 22. lutego 1922 r. (Monitor Polski Nr. 74, poz. 37) Rada do spraw kolonij letnich, działająca obecnie przy Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej oraz Wojewódzkie Komisje do spraw kolonij letnich dla dzieci i młodzieży. Zadaniem Rady jest kierowanie organizacją i prowadzenie kolonij oraz podział funduszów na rzecz komisyj. Komisje wojewódzkie, poza propagowaniem idei kolonij letnich, sprawują nadzór nad niemi i przeprowadzają repartycję funduszów pomiędzy poszczególne kolonje.

Higjeniczno - lekarska opieka nad dzieckiem. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej przejęło od Min. Zdrowia Publicznego Powiatowe Komisje do spraw higjeniczno - lekarskiej opieki nad dziećmi, które istniały w wielu powiatach równocześnie z Komisjami opieki społecznej samorządu powiatowego. Ponieważ Komisje te spełniały często zadania wspólnie, przeto, drogą rozkazu do władz administracyjnych II. instancji, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej poleciło skoordynowanie ich działalności, co nastąpiło w ciągu roku 1925.

Opiekuńcze związki komunalne. Opiekunowie społeczni. Komisje Opieki Społecznej. W ostatnich czasach zostały opracowane i wydane dwa Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, ustalające obowiązki czynników, na których ciąży obowiązek sprawowania opieki społecznej; jedno: o rozgraniczeniu obowiązków opiekuńczych związków komunalnych (Dz. Ust. R. P., Nr. 26 ex 1927, poz. 232), drugie — o opiekunach społecznych i o komisjach opieki społecznej (Dz. Ust. R. P. Nr. 29 ex 1928, poz. 267). Pierwsze Rozporządzenie normuje obowiązki opiekuńcze poszczególnych stopni związków samorządowych obowiązanych w myśl ustawy ramowej o opiece społecznej do sprawowania tej opieki, wychodząc z tych samych założeń, co i art. 5 ustawy o opiece społecznej, że prowadzenie działów opieki społecznej, wymagających urządzeń bardziej specjalnych, winno należeć do zadań samorządu wyższego stopnia; przyczem jednak rozporządzenie przewiduje możność prowadzenia przez samorządy niższego stopnia tychże działów bądź dobrowolnie, bądź nawet, w pewnych wypadkach, przymusowo. Drugie Rozporządzenie o Opiekunach społecznych i Komisjach opieki społecznej określa te organa, za pośrednictwem których związki komunalne wykonują opiekę społeczną; temi organami są

opiekunowie społeczni, których obowiązana jest powołać każda gmina, oraz komisje opieki społecznej gminne, powiatowe i wojewódzkie. Stanowisko opiekuna jest honorowe i — w zasadzie — przyjęcia tego stanowiska, z wyjątkiem pewnych wypadków, przewidzianych w rozporządzeniu, nie można odmówić; rozporządzenie określa prawa i obowiązki opiekunów społecznych. Komisje opieki społecznej istnieją w gminach, powiatach i województwach, przyczem rozporządzenie wskazuje zakres działania poszczególnych komisyj.

Ustawa o opiece społecznej nad macierzyństwem i nieletnimi. Wreszcie został opracowany przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej projekt wyżej wymienionej ustawy, a mający za zadanie zasadnicze uregulowanie praw i obowiązków samorządowych w tej mierze.

ORGANIZACJA.

Całokształt opieki nad dziećmi i młodzieżą rozpada się na 3 działy:
1) higjeniczno - lekarski;
2) prawno - społeczny;
3) wychowawczy.

Na czoło zadań wysunięto ochronę macierzyństwa i walkę ze śmiertelnością wśród niemowląt. Realnym wynikiem było powołanie do życia 226 Stacyj Opieki nad niemowlętami z poradniami dla matek i Kroplami Mleka.

Stacje te roztaczają opiekę nad 43.400 niemowlętami. Spadek śmiertelności w obrębie działania stacyj wyraża się zniżką z 23% na 11%.

Sieć żłobków uzupełnia programową akcję ochrony matki i niemowlęcia.

Akcja profilaktyczna w dziedzinie zdrowia dzieci i młodzieży obejmuje organizację i prowadzenie kolonij leczniczych i wypoczynkowych i półkolonij. Miarą wzrostu akcji są następujące cyfry: w roku 1918 korzystało z dobrodziejstw kolonij letnich 13.400 dzieci, w 1928 r. — 85.730, w 1929 r. — 143.000 i w 1930 r. — 156.000 dzieci.

Akcja dożywiania dzieci, w miarę likwidacji warunków powojennych, ulegała przeobrażeniu i obejmuje obecnie 312.000 dzieci.

Opieka nad dziećmi choremi rozwinięta została najszerzej w kierunku opieki nad dziećmi gruźliczemi i jagliczemi.

Zwalczanie jaglicy. Jako powojenny osad wędrówek ludnościowych w okresie wojny, powstała w zakładach opiekuńczych jaglica, z którą walka, ze względu na długotrwały przebieg choroby i jej zaraźliwość i łatwość nawrotów, przedstawia wielką trudność. Z tych względów należało izolowanie i leczenie dzieci chorych na jaglicę prowadzić tak, aby ich wychowanie umysłowe i fizyczne nie poniosło żadnej szkody i nie uległo opóźnieniu. W tym celu w Polsce zastosowano dla walki z jaglicą w zakładach opiekuńczych system wysyłania dzieci chorych do specjalnych zakładów, gdzie, prócz leczenia, dzieci mają zapewnioną odpowiednio do swego wieku i stanu choroby naukę i opiekę pedagogiczną. Podobnych zakładów Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej zorganizowało na terenie Państwa 20 na 2.650 miejsc; w ten sposób usunięto ogniska zarazy z zakładów opieki nad dziatwą i młodzieżą. Liczba dzieci uleczonych zwiększa się rok rocznie i bezwątpienia za kilka lat jaglica, w zakładach opiekuńczych dla dziatwy i młodzieży, całkowicie zostanie wykorzeniona.

Zwalczanie gruźlicy. W dziedzinie opieki nad dziećmi choremi na pierwszy plan wysunęło się zwalczanie gruźlicy i jej zapobieganie. Oparcie zamierzeń opieki społecznej na danych liczbowych było konieczne dla ściślejszego sprecyzowania planu działalności, planu, który zwłaszcza wobec warunków społecznych i finansowo - gospodarczych Państwa, musiał być rozłożony na szereg lat. Dane, dostarczone Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej na skutek polecenia, wydanego wszystkim województwom, a dotyczące 482.733 zbadanych dzieci szkół powszechnych, wykazały, że w tej liczbie zagrożonych gruźlicą i chorych na gruźlicę było 76.645 osobników, czyli 15.87%. Przystępując do walki z gruźlicą, Ministerstwo zdecydowało, iż planowa akcja zwalczania i zapobiegania gruźlicy u dzieci, musi objąć ochronę wszystkich dzieci:

1) przez, o ile możności, usunięcie z ich otoczenia chorych na gruźlicę zaraźliwą;

2) w razie niemożności usunięcia chorego z otoczenia dziecka, zapewnienie dziecku warunków życia, zmniejszających jak najbardziej możliwość zarażenia się;

3) danie możności wszystkim dzieciom wątłym i słabym, a więc mało odpornym na zarazek gruźlicy, wzmocnienia ustroju i nabrania odporności;

4) zapewnianie dzieciom, zagrożonym gruźlicą, warunków, umożliwiających im naukę nietylko bez szkody dla zdrowia, ale popierających zdrowie;

5) danie dzieciom ciężko chorym i zagrożonym możność leczenia.

Dla dzieci gruźliczych istnieje 175 przychodni i sanatorja na 460 łóżek. Szereg regulaminów i instrukcyj wdraża systematyczną opiekę lekarską nad dziećmi w zakładach opiekuńczych.

Zakłady opiekuńcze. Opiece publicznej podlega w Polsce 92.700 dzieci w 1.170 zakładach opiekuńczych. Pierwszeństwo mają sieroty, półsieroty, dzieci opuszczone, występne i zagrożone przez wpływy złego otoczenia.

Szkolenie personelu. Systematyczne szkolenie personelu higjeniczno-społecznego i wychowawczego stanowi nieprzerwaną ciągłość tworzenia kadr wykwalifikowanych pracowników na niwie społeczno-wychowawczej.

Koordynacja pracy. Koordynacja akcji rządowej, samorządowej i społecznej, popularyzacja i propaganda zadań, stworzenie trwałych podstaw prawnych i materjalnych jest najbliższem zadaniem pracy w tej dziedzinie.

Następuje krótka dyskusja.

Poczem, na doskonale do tego nadającej się scenie sali koncertowej odbywają się pokazy zabiegów pielęgniarskich.

Inicjatywa Zarządu P. S. P. Z. w kierunku wprowadzenia pokazów zabiegów pielęgniarskich — poraz pierwszy w tym roku — okazała się bardzo szczęśliwa. Pokazy wzbudziły wielkie zainteresowanie tak pośród obecnych gości — lekarzy, jak i pielęgniarek. Po każdym następowała ożywiona dyskusja, tem ciekawsza, że ścierały się w niej zdania absolwentek różnych szkół. Należy podkreślić wysoki poziom techniki wykonania demonstrowanych zabiegów.

Pokazy zabiegów pielęgniarskich

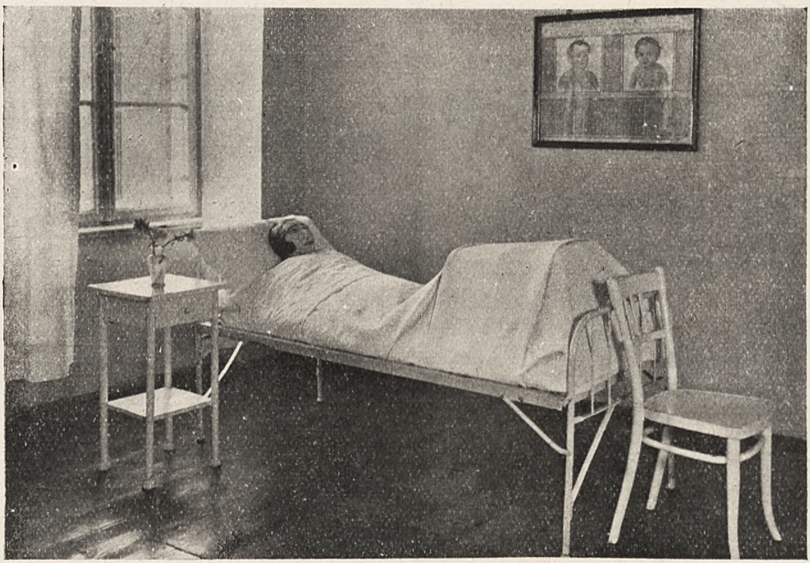
Zmiana pościeli choremu ze złamaną dolną kończyną.

Pokaz wykonany przez pp. *Gilfixównę* i *Alszwajnównę*, absolw. Szk. - Piel. na Czystem.

Zmieniając pościel choremu ze złamaną dolną kończyną, jesteśmy szczególniej ostrożne przy zmianie prześcieradła w nogach łóżka, prześcieradełka i ceraty, gdyż wtedy zachodzi potrzeba uniesienia złamanych kończyn. Dla zmniejszenia ucisku górnej pościeli, ustawiamy nad kończynami „sanki" (rodzaj obręczy), które, unosząc koce i kapę, nie uciskają chorej kończyny.

Do całkowitej zmiany pościeli należy przygotować:

2 prześcieradła,
1 prześcieradełko,
2 powłoczki,
1 poduszkę zapasową,
2—3 worków z piaskiem,
„sanki",
koc.



Pacjent ze złamaną dolną kończyną
Zdjęcie robione w sali demonstracyjnej Szkoły Piel. na Czystem w Warszawie.

Sposób postępowania:

Dwie pielęgniarki zdejmują i składają kapę, rozluźniają wierzchnią pościel, składają koc i wierzchnie prześcieradło. Rozluźniają spodnią pościel, wyjmują ceratę, zwijają prześcieradło poprzecznie, prześcieradełko i ceratę — podłużnie w wałek.

Jedna unosi chorego, druga wyjmuje poduszki i podkłada pod głowę choremu poduszkę zapasową. Obie zmieniają powłoczki. Jedna unosi chorego, druga, wyjąwszy poduszkę zapasową, podkłada u wezgłowia prześcieradło oraz obie poduszki, poczem obie układają chorego. Następnie, jedną ręką podtrzymując chorego, drugą przesuwają do nóg łóżka brudne i czyste prześcieradło jednocześnie.

Wyjąwszy z pod koca wierzchnie prześcieradło, kładą je wraz ze spodniem, do worka z brudną bielizną.

Zakładają pod materac prześcieradło i przesuwają chorego ku krawędzi łóżka dla podłożenia ceraty i prześcieradełka. Po założeniu prześcieradełka z jednej strony, przesuwają chorego tak samo w odwrotnym kierunku.

Następnie zakładają ceratę i prześcieradełko, przesuwają chorego na środek łóżka i sprawdzają, czy pościel jest gładka.

Przystępują do ułożenia wierzchniej pościeli. Okrywają chorego prześcieradłem, nie zakładając go pod materac, ustawiają „sanki" na dolne kończyny i okrywają je dodatkowym kocem, następnie przykrywają chorego kocem i kapą.

Po sprawdzeniu, czy chory leży wygodnie, porządkują wszystko naokoło łóżka i zabierają brudną bieliznę.

Kąpiel z natryskiem w łóżku.

Pokaz wykonany przez słuchaczki Warsz. Szk. Piel. *Szczęsnę Brodowską* i *Wacławę Gałdynównę* pod kierunkiem *Władysławy Dzemidowiczówny*, instruktorki klasowej.



Kąpiel z natryskiem w łóżku
Zdjęcie robione w sali demonstr. Warsz. Szk. Piel. Fot. J. Barbulant, abs. W. S. P.

K ą p i e l z n a t r y s k i e m w ł ó ż k u stosujemy ciężko chorym, chorym z wysoką temperaturą, chorym nieprzytomnym w celu 1. polepszenie krążenia krwi i oddychania; 2. obniżenia temperatury (1—2°); 3. uspokojenia systemu nerwowego.

T e m p e r a t u r a w o d y od 17 — 22° R.

C z a s t r w a n i a od 10 — 20 minut, zależnie od stanu chorego i od zlecenia lekarza.

R z e c z y p o t r z e b n e:

Gumowe prześcieradło wielkości łóżka.

Drugie gumowe prześcieradło większe i szersze.

Prześcieradło.
Ręcznik kąpielowy duży.
Koc kąpielowy.
Worek z wodą gorącą i worek z lodem.
Przepaska na biodra.
Agrawki.
Kubeł.
Cerata nieduża.
Bandaże.
Przyrząd do natrysku, który składa się z następujących rzeczy: dren gumowy, lejek, sitko od konewki, kubeł z wodą.
Podstawka.
Bloczki drewniane.

Postępowanie. Pracują dwie pielęgniarki.

Rozluźniają górne przykrycie, zdejmują kapę, koc i prześcieradło, pozostawiając chorego pod kocem.

Podkładają pod chorego gumowe prześcieradło wielkości łóżka jednocześnie z prześcieradłem płóciennem i duże gumowe prześcieradło z ręcznikiem kąpielowym po środku.

Zdejmują koszulę, zakładają przepaskę.

Do łóżka z każdej strony, w nogach i u wezgłowia przywiązują bandaże i przez nie przerzucają gumowe prześcieradło, tworząc rodzaj korytka. Koniec prześcieradła gumowego spuszczają do kubła w nogach łóżka. Podnoszą łóżko u wezgłowia, opierają nogi łóżka na blokach drewnianych (w ich braku np. cegłach).

Kładą worek z ciepłą wodą do nóg, worek z lodem na głowę.

Kubeł z wodą stawiają na wysokości $^1/_5$ metra nad pacjentem.

Pierwsza pielęgniarka wkłada lejek do wody, wypuszcza powietrze i kieruje strumień wody na chorego, druga pielęgniarka rozciera chorego i bada tętno. Pod koniec obracają pacjenta na bok i pierwsza pielęgniarka kieruje strumień wody na plecy.

Po kąpieli przecinają bandaże, zwijają prześcieradła gumowe do połowy, chorego przesuwają na prześcieradło płócienne; zdejmują przepaskę, i z drugiej strony łóżka usuwają prześcieradło gumowe z góry na dół. Owijają chorego w prześcieradło płócienne, wysuszają go, okrywają kocem kąpielowym i usuwają prześcieradło gumowe razem z płóciennem i porządkują łóżko.

Po godzinie lub dwu należy usunąć koc kąpielowy, włożyć choremu ogrzaną koszulę, zmierzyć mu temperaturę.

Kąpiel niemowlęcia

Pokaz wykonany przez *Irenę Miedzińską*, absolw. i instruktorkę Warsz. *Szk. Piel.*

Przed i podczas kąpieli należy pamiętać, co następuje:

Kąpiel powinna tak być wykonana, by dziecka nie oziębić, nie zmęczyć, a dokładnie je oczyścić. W tym celu należy przed jej rozpoczęciem:

a) wszystko przygotować i mieć wygodnie pod ręką umieszczone;
b) pozamykać okna i drzwi;

c) uregulować tusz, lub przygotować wodę w wanience (temperaturę wody zmierzyć termometrem);

d) ogrzać bieliznę, przeznaczoną do używania po kąpieli.

Uwagi: Mydląc, trzeba odkrywać tylko tę część ciała, która jest mytą w danej chwili, o tem pamiętać tak samo podczas osuszania i ubierania. Po osuszeniu nie zostawiać dziecka na mokrym ręczniku. Należy panować nad ruchami dziecka, nie pozostawiając im swobody o tyle, by nie przeszkadzały i nie przedłużały kąpieli, lub czyniły ją niedokładną. Pamiętać dobrze o kolejności w zabiegu, by móc go wykonać szybko i zręcznie. Rozchylać i zmywać dokładnie wszystkie fałdy i załamania skóry, ze specjalnem uwzględnieniem pępka i części płciowych. Pudrować dopiero po osuszeniu skóry.



Kąpiel niemowlęcia
Zdjęcie robione w sali demonstr. Warsz. Szk. Piel. Fot. J. Barbulant: abs. W. S. P.

Rzeczy potrzebne, przygotowane na stole, zaopatrzonym w poduszkę lub koc i w ceratę:

miseczka z roztworem mydła o temperaturze 37° C.;
miseczka z wodą przegotowaną o temperaturze 37° C.;
waciki;
nereczka;
termometr kąpielowy;
1 myjka;
koszulka;
3 pieluszki;
pasek do przymocowania pieluszki;
ręcznik.

Postępowanie: 1. Niemowlę zawinięte w pieluszkę, położyć przed sobą na stole.

2. Lewą ręką, położoną na główce tak, by duży palec spoczywał na czole, przytrzymywać główkę.

3. Wacikiem, zamoczonym w ciepłej wodzie przegotowanej zmyć jedno oko, potem drugie, pamiętając o tem, że należy a) przechylać główkę zawsze na stronę mytego oka; b) zmywać od strony zewnętrznej ku wewnętrznej; c) każdego wacika używać tylko raz jeden; d) używać tyle wacików, ile potrzeba, by oko oczyścić.

4. Oczyścić nosek, wprowadzając zwilżone długie waciki do wnętrza, powtarzając zabieg w miarę potrzeby.

5. Umyć uszy wacikami, zwracając uwagę na wszystkie zagłębienia muszli, poczem, odchyliwszy muszlę, zmyć okolicę poza uchem.

6. Zapomocą większego wacika myć twarzyczkę w następującym porządku: czoło, nos od zewnątrz, policzki, brodę i okolicę ust, wreszcie pod nosem, poczem wacik odrzucić, nie dotykając nim innych części twarzy.

7. Wysuszyć twarzyczkę i uszka.

8. Myjką, zamoczoną w ciepłym roztworze mydła, myć główkę, zlekka ją nacierając.

9. Namydlić myjką szyjkę, zwracając uwagę na fałdy.

10. Namydlić rączki, zaczynając od ramion i pach, kończąc na dłoniach i paluszkach.

11. Namydlić klatkę piersiową i brzuszek do linji pępka, oraz pępek.

12. Obrócić niemowlę na prawy bok, namydlić plecy do linji bioder, poczem z powrotem przewrócić na plecy i zakryć pieluszką namydloną część ciała.

13. Umyć nóżki do kolan, zaczynając od paluszków i stopek.

14. Umyć uda, zwracając uwagę na fałdy skóry.

15. Namydlić dolną część brzuszka.

16. Namydlić pachwinki, odchyliwszy nóżki, z góry na dół.

17. Namydlić części płciowe.

18. Namydlić pośladki, unosząc zlekka nóżki.

19. Zmyć okolicę odbytu z góry na dół i natychmiast odłożyć myjkę, nie dotykając nią innych części ciała.

20. U dziewczynki dwoma palcami lewej reki rozchylić duże wargi sromu i wacikiem, ociekającym wodą zmyć z góry na dół w ten sposób, by raczej prąd wody, nie dotknięcie waty, usunął zalegający puder. U chłopców zwilżonym wacikiem zmyć otwór, prowadzący do cewki moczowej.

21. Namydlone niemowlę ująć tak, by na lewej ręce opierała się główka i kark, na prawej — pośladki, włożyć do wanny (woda poprzednio przygotowana o temperaturze 37° C.), zanurzając naprzód nóżki, a potem stopniowo, łagodnym ruchem całe ciałko. — Należy pamiętać: a) by dziecko było pewnie oparte, b) by woda nie dostawała się na twarzyczkę, do ust i do uszu, c) przez cały czas kąpieli (kąpiel oczyszczająca trwa tyle czasu, ile trzeba do spłukania mydła) polewać ciałko wodą, by uniknąć oziębienia. O ile używamy tuszu (o temp. 37° C.), trzymamy dziecko w ten sam sposób, co biorąc je do kąpieli. Najpierw spłukujemy główkę tak, by woda nie spływała na twarzyczkę, następnie klatkę piersiową, nóżki i brzuszek, a w pozycji siedzącej — plecy.

22. Po wyjęciu dziecka z wanny (czy z pod tuszu), położyć dziecko na suchej pieluszce i szybko narzucić nań ręcznik.

23. Lekko i szybko osuszyć dokładnie całe ciałko w tym samym porządku, w jakim było mydlone, pamiętając, że nacierać ręcznikiem można tylko główkę, ciałko osusza się, dotykając tylko ręcznikiem.

24. Położyć niemowlę na suchej, złożonej w trójkąt pieluszce i pudrować ciałko w następującym porządku: fałdy szyi, pachy, zgięcia łokcia, stopy, pachwiny (u dziewczynek, zakrywając wargi sromu 2 palcami lewej ręki).

25. Końcem czystej pieluszki rozprowadzić puder tak, by pokrywał ciało cienką warstwą, następnie włożyć koszulkę i przewrócić dziecko na brzuszek.

26. Zapudrować szyjkę, pod kolankami, pośladki, rozprowadzić puder jak poprzednio, zawiązać koszulkę i przewrócić dziecko na plecy.

27. Umocować pieluszkę zapomocą paseczka, tworząc rodzaj majteczek.

28. Wysuszyć uszka jeszcze raz wacikiem.

29. Uczesać włoski szczoteczką.

30. Zawinąć niemowlę w pieluszkę, zanieść do łóżeczka, okryć i pozostawić w spokoju.

Uwagi. Nie wolno zapominać, że kąpiel jest najlepszą sposobnością do zaobserwowania wszelkich zmian na skórze i śluzówkach dziecka. Obowiązkiem pielęgniarki jest zauważyć je i powiedzieć o nich lekarzowi. Dzieci ze sprawami ropiejącemi należy kąpać na końcu. — Jamy ustnej niemowlęcia wcale się nie myje; jedynie w razie pleśniawek, lub zmian chorobowych i to na zlecenie lekarza i nie w czasie kąpieli.

Na zakończenie przewodniczący oddał głos p. Marji Jędrzejewskiej, absolwentce Szkoły Pielęgniarek w Poznaniu, opiekunce szpitalnej.

Opieka społeczna w szpitalu

Referat wygłoszony przez *Marję Jędrzejewską*

Początek opieki spolecznej w szpitalu, zainicjowanej w Anglji w 1895 roku, przypada na czas, w którym personel szpitalny oraz pracownicy opieki społecznej zaczęli sobie dokładnie zdawać sprawę z faktu, że wyzdrowienie chorego w szpitalu nie jest zawarunkowane wyłącznie racjonalnem postawieniem diagnozy, stosowaniem odpowiednich lekarstw, czy zabiegów oraz choćby najlepszą pielęgnacją. Zrozumiano, że istniejące już instytucje sanitarne, mające kontynuować leczenie chorych po opuszczeniu przez nich szpitala, nie spełnią swego zadania, jeśli na drodze do wyzdrowienia chorego staną przeszkody natury społecznej wynikające z wszelkiego rodzaju trudności czyto materjalnych, czy moralnych, mieszkaniowych czy wychowawczych lub innych, czy też poprostu z nieumiejętności wykonania zleceń lekarskich w domu. Wówczas wyłoniła się potrzeba, aby ktoś zajął się specjalnie zwalczaniem przeszkód stojących na drodze do wyzdrowienia chorego, wchodząc w ścisły kontakt z chorym, z jego otoczeniem szpitalnem i domowem, oraz przy pomocy instytucyj społecznych, umiejętnie wybieranych.

Obowiązki takie przyjęła na siebie pierwsza opiekunka szpitalna, Miss Stewart, t. zw. „Lady Almoner“ przy Royal Free Hospital w Londynie w r. 1895. Cele jej pracy można streścić w trzech punktach:

1) Zapobieganie przeszkodom wyzdrowienia,

2) powierzanie opiece państwa chorych, którzy mogą znaleźć odpowiednią pomoc u władz publicznych lub instytucyj państwowych,

3) powierzanie leczenia biednych instytucjom społecznym.

W dziesięć lat później zapoczątkowano podobną akcję w Stanach Zjednoczonych, gdzie rozwinęła się szybko i objęła w 1926 roku 850 placówek.

Opieka społeczna w szpitalu na wzór angielski i amerykański zaczęła się pojawiać stopniowo w różnych krajach. I tak między rokiem 1913 a r. 1928 zapoczątkowano ją w Niemczech i w Austrji, w roku 1914 we Francji, nieco później w Szwajcarji, w roku 1925 w Belgji, Czechosłowacji i na Węgrzech. Poza Europą i Ameryką opieka społeczna w szpitalu znana już jest w Chinach i w Japonji.

Zadania jej i cele zmieniały się i rozszerzały w miarę, jak poznawano jej skutki. Ogólny plan pracy dla dobra wszystkich chorych szpitala ulegał zmianom w miarę powstawania osobnych placówek dla poszczególnych oddziałów czy przychodni. Inne więc funkcje zostały wyznaczone pracownicy opiekującej się położnicami, inne — w opiece nad gruźliczymi, co innego musiało wystąpić na pierwszy plan w oddziale czy w przychodni dla wenerycznych, inne jeszcze potrzeby należało uwzględnić na oddziale chirurgicznym lub dziecięcym.

W Warszawie myśl zapoczątkowania pracy społecznej przy szpitalu nie jest zupełnie nowa. Już 3 lata temu kierownictwo szpitala im. Karola i Marji, rozumiejąc, że potrzebna jest osoba, któraby pośredniczyła między szpitalem, a domem i instytucjami sanitarnemi, zwróciło się do Wydziału Opieki Społecznej i Szpitalnictwa Magistratu miasta Warszawy z prośbą o utworzenie etatu dla pielęgniarki społecznej. Brak jednak funduszów Magistratu uniemożliwił zrealizowanie tego projektu. Musiano ograniczać się po dawnemu do powierzania spraw, wymagających koniecznego porozumienia się z rodziną chorych dzieci — pielęgniarkom szpitalnym, które robią to dorywczo w godzinach pozasłużbowych i bezinteresownie.

Inicjatywa teoretycznego zapoznania się z zagadnieniem opieki społecznej w szpitalu wyszła w Warszawie ze Studjum Pracy Społeczno-Oświatowej w r. 1928, przyczem jako specjalność, wysunięta została opieka nad matką i dzieckiem. Pierwsze kroki w tym zakresie zostały podjęte na oddziale ginekologiczno-położniczym Szpitala Św. Łazarza pod kierownictwem ordynatora dr. Z. Zakrzewskiego. Uwagi zawarte w niniejszym referacie mają za podstawę paromiesieczną praktykę w pracy społecznej w szpitalu na tym właśnie oddziale.

Na podstawie wywiadów i starań podjętych w celu zaspokajania różnych potrzeb chorych, zrobiono spostrzeżenia dotyczące rodzaju tych potrzeb i braków w możliwości ich zaspokajania, a w związku z tem ustalony został następujący plan pracy opiekunki szpitalnej (taka nazwa na razie została przyjęta) na oddziale położniczym:

1) Opiekunka robi wywiady na sali szpitalnej, rejestrując kobiety, potrzebujące pomocy zwłaszcza w związku z ich macierzyństwem, uwzględniając współpracę personelu szpitalnego,

2) robi wywiady domowe w wypadkach, gdy tego zachodzi potrzeba,

3) jest w kontakcie ze wszystkiemi odpowiedniemi instytucjami społecznemi, uwzględniając przedewszystkiem potrzeby matek nieślubnych i opuszczonych,

4) niesie pomoc moralną i załatwia sprawy — zwłaszcza ciężko chorych — poza szpitalem.

Przejdziemy do dokładniejszego omówienia powyższych punktów.

1. W y w i a d n a s a l i s z p i t a l n e j.

Wywiady z choremi w szpitalu są wstępem koniecznym. Wobec rozciągłości tematu, nie mogę omawiać dokładnie sposobu robienia tych wywiadów, oraz okoliczności im towarzyszących i zastanawiać się nad najodpowiedniejszą dla nich porą. Ograniczę się jedynie do objaśnienia, iż dotychczas opiekunka szpitalna robi wywiad w 1-szym lub 2-gim dniu bytności chorej na sali szpitalnej w godzinach popołudniowych, wolnych od wizyt lekarskich i gości. Celem wywiadów jest zdobycie prawdziwych wiadomości o potrzebach chorych i ich rodzin. Wywiad przeprowadza się z każdą pacjentką, rejestruje się natomiast tylko potrzebujące pomocy. Konieczna przytem jest przedewszystkiem umiejętność wczuwania się w psychikę pacjentki: sama rozmowa często przynosi jej ulgę. Wywiady muszą być powtarzane i uzupełniane w szpitalnej sali, gdy do załatwienia spraw chorych brak jest danych nieuwzględnionych w 1-szym wywiadzie.

Oprócz tego opiekunka szpitalna utrzymuje kontakt ze wszystkiemi choremi, które zostają pod jej opieką, przez rozmowy, drobne usługi, rady pocieszające i t. p.

Współpraca lekarzy i pielęgniarek z opiekunką szpitalną jest jednym z warunków powodzenia pracy społecznej w szpitalu. Konieczna jest przynajmniej wzajemna życzliwość, gdyż w przeciwnym razie praca staje się prawie zupełnie uniemożliwiona. Ponieważ rola opiekunki szpitalnej jest u nas nowa, personel szpitalny musi się z nią zapoznać. A nie wystarczą pobieżne informacje, tu potrzebne jest wtajemniczenie w różnego rodzaju trudności, z jakiemi się spotyka opiekunka szpitalna poza szpitalem, aby zrozumiałym stał się mały, a często żaden, wynik jej starań pomimo dużych wysiłków.

2. W y w i a d y d o m o w e.

Przeprowadzanie wywiadów domowych potrzebne jest dla stwierdzenia warunków domowych, w celu ich polepszenia. Można podczas nich uzyskać różne potrzebne wiadomości, dotyczące nietylko chorej, ale i jej rodziny, oraz krewnych, czy współlokatorów. Prócz tego odwiedziny domowe są konieczne w wypadkach, gdy chora nie może udzielić potrzebnych informacyj, lub gdy umrze, zostawiając pewne sprawy do załatwienia (np. umieszczenie niemowlęcia). Sposób robienia wywiadu domowego przez opiekunkę szpitalną zależy od celu, w jakim jest robiony. Gdy chodzi o stwierdzenie warunków na miejscu, jeszcze w czasie bytności matki w szpitalu, wywiad będzie polegał na pewnego rodzaju inspekcji, połączonej z ewentualnemi radami zmian w życiu pozostałej rodziny. Wywiad taki jest konieczny zawsze przed wszczęciem kroków o jakąkolwiek pomoc dla rodziny.

Wywiad domowy dokonywany jest najczęściej po powrocie matki ze szpitala i ma na celu opiekę nad niemowlęciem, przyczem podobny jest do wywiadu pielęgniarek społecznych. Różnica polega na tem, że opiekunka szpitalna przeważnie nie obejmuje rodziny w opiekę na stałe, a ogranicza się na powierzaniu jej instytucjom specjalnie do tego powołanym, np. Stacjom Opieki nad Dziećmi, Towarzystwu „Ratujmy niemowlęta“ i t. d.

3. K o n t a k t z i n s t y t u c j a m i.

Wobec tego, że do zaspokajania potrzeb chorych potrzebna jest pomoc instytucyj społecznych, praca opiekunki szpitalnej obejmuje pozna-

wanie działalności instytucyj st. m. Warszawy, zajmujących się opieką nad matką i dzieckiem.

Po dokładnem zaznajomieniu się z instytucjami, należy stale o nich pamiętać w związku z potrzebami chorych. A potrzeby to różnorakie: umieszczanie matek z niemowlętami lub samych niemowląt, potrzeby natury higjenicznej, sanitarnej, wychowawczej, prawnej, materjalnej. Omówię je pokolei, uwzględniając możliwości pomocy, jakiej odnośne instytucje są w stanie dostarczyć.

a) Umieszczanie matek i dzieci.

W wypadku, gdy matka, po opuszczeniu szpitala, nie może zatrzymać niemowlęcia, czyto z powodu trudności w wynalezieniu odpowiedniej pracy, czy ze względu na niemożliwość powrotu do poprzednich stałych zajęć, czy wreszcie z powodu braku jakiegokolwiek punktu oparcia, należy zająć się jej przyszłością jeszcze w czasie jej pobytu w szpitalu. W tych wypadkach, zachodzących najczęściej u matek nieślubnych lub opuszczonych, istnieją dwie możliwości pomocy: umieszczenie matki z niemowlęciem, lub umieszczenie samego niemowlęcia.

Jeśli chodzi o pierwszą z nich, to matkę z dzieckiem można albo umieścić w odpowiednim zakładzie, albo wyszukać jej taki rodzaj zajęcia, by nie była zmuszona z dzieckiem się rozstawać.

W Warszawie istnieją dwie instytucje, w których umieszczać można matki z niemowlętami: Dom Wychowawczy im. ks. Baudouin'a oraz Dom Opieki dla Opuszczonych Dzieci Starozakonnych. Matki jednak są przyjmowane do obu zakładów jedynie w charakterze karmicielek, dostać się więc do nich mogą tylko kobiety zupełnie zdrowe i z odpowiednią ilością pokarmu. Karmicielki zarabiają najmniej 30 zł. miesięcznie. Po sześciu miesiącach (w wyjątkowych wypadkach po czterech), karmicielka ma prawo zostawić swe dziecko bezpłatnie w zakładzie, o ile sama nie może się niem zaopiekawoć.

Prócz wyżej wymienionych, istnieją jeszcze dwa domy dla matki i dziecka: w Marcelinie na 30 miejsc oraz w Grochowie na 12 miejsc; oba są prowadzone przez Koło Pracy Kobiet. Matki mogą tam przebywać bezpłatnie do roku, jednak i do tych instytucyj przyjmowane są wyłącznie matki zdrowe.

Sprawa jest znacznie trudniejsza z matkami choremi, szczególniej — na choroby weneryczne. Istnieje wprawdzie dla nich oddział specjalny w Domu Wychowawczym im. ks. Baudouin'a, jest on jednak stale przepełniony. Jeszcze trudniejsze jest znalezienie pracy dla matki karmiącej swe niemowlę. Prawdziwe dobrodziejstwo w tym zakresie spełnia Towarzystwo „Ratujmy Niemowlęta", które prowadzi biuro pośrednictwa pracy specjalnie w celu umieszczania na służbie matek z dziećmi, oczywiście pod pewnemi warunkami (ujemny odczyn Wassermana i t. d.).

Największe trudności sprawia bezpłatne umieszczenie samego niemowlęcia. Potrzeba taka zachodzi w wypadkach śmierci matek i braku jakiejkolwiek rodziny. Na koszt miasta możliwe jest umieszczanie niemowląt tylko w Domu Wychowawczym im. ks. Baudouin'a i Domu Opieki dla Dzieci Starozakonnych — stale przepełnionych. Bez żadnej trudności przyjmowane tam są tylko podrzutki, a więc niemowlęta znalezione i odesłane przez policję. Drogą legalną można umieścić niemowlę jedynie w wyjątkowych wypadkach.

Sprawa umieszczenia niemowlęcia nie przedstawia wielkich trudności, gdy matka lub rodzina może płacić około 100 zł. miesięcznie Zakładowi Wychowawczemu. Ponieważ jednak wysokość tej kwoty jest zupełnie niewspółmierna z budżetem potrzebujących matek, ewentualności tej niemal, że nie można brać pod uwagę. Istnieje wprawdzie możliwość uzyskania zniżki za pośrednictwem Stacji Opieki Społecznej, która na podstawie wywiadu wydaje orzeczenie o stanie materjalnym. Zanim jednak jakakolwiek zniżka zostanie przyznana, opłata musi być uiszczona w całości i to na parę tygodni naprzód.

Zachodzi jeszcze możliwość umieszczenia niemowlęcia za pewnem wynagrodzeniem w domu prywatnym przy rodzinie. Niestety, sprawa ta przedstawia się dosyć smutno, rodziny bowiem, mieszkające w Warszawie i decydujące się na pielęgnowanie cudzego niemowlęcia, są bardzo ubogie, mieszkają w nieodpowiednich warunkach higjenicznych, a sama osoba pielęgnująca najczęściej nie umie spełniać przyjętych na siebie obowiązków. Dobrze, jeśli w takich wypadkach zachodzi możliwość odnoszenia niemowlęcia na cały dzień do odpowiednio prowadzonego żłobka (np. na Puławskiej 33), przez wzgląd jednak na minimalną ilość takich żłobków i stałe ich zapełnienie (na terenie Warszawy istnieją, poza fabrycznemi, tylko dwa, dla dwudziestu niemowląt każdy), dziać się to może tylko w wyjątkowych wypadkach.

Wobec tych trudności, należy z radością powitać tworzący się Komitet Umieszczania Sierot w rodzinach, którego zadaniem będzie odjęcie troski matkom, nie mogącym wychować swoich niemowląt przez wyszukanie dla nich najlepszego środowiska, jakiem jest odpowiednia, wybrana rodzina.

b) Potrzeby higjeniczne. Zaspokajanie potrzeb higjenicznych może być stosowane bardzo szeroko w zakresie pracy opiekunki szpitalnej. Zależnie od warunków, pomoc w tych wypadkach może być udzielana przez samą opiekunkę, lub przez odpowiednie instytucje za pośrednictwem opiekunki.

Z instytucyj rolę tę spełniają przedewszystkiem Ośrodki Zdrowia i różnego rodzaju Stacje Opieki. Lecz często matki albo nie wiedzą wcale o ich istnieniu, albo ich dobrze nie znają i zaczynają z nich korzystać dopiero wtedy, gdy opiekunka szpitalna im je wskaże. Obowiązek wyłącznego zajęcia się higjeną rodziny spada na opiekunkę szpitalną wtedy, gdy rodzina nie ma możności korzystania z instytucyj, lub gdy przejdzie pod jakąkolwiek inną opiekę. Zadanie opiekunki szpitalnej jest wtedy podobne do zadań pielęgniarek społecznych. A więc wgląda w szczegóły urządzeń domowych, poucza (z ewentualnemi pokazami) o pielęgnowaniu niemowląt, daje wskazówki co do racjonalnego odżywiania, wietrzenia i sprzątania, zwalcza różne przesądy i t. d. Byłoby pożądane, aby udzielanie wskazówek dotyczących pielęgnowania niemowląt, oraz pokazy kąpieli, przewijanie, ubieranie, karmienie, odbywało się jeszcze w szpitalu, na sali położnic. Byłoby to tem ważniejsze, że nie wszystkie matki korzystają ze Stacji Opieki i nie do wszystkich mieszkań może dotrzeć opiekunka szpitalna np. na prowincję. Pokazy takie robione już są na niektórych oddziałach położniczych przez wykwalifikowane pielęgniarki. Niema również specjalnych przeszkód do zrealizowania tego projektu w najbliższej przyszłości i w szpitalu św. Łazarza. Bardzo pożą-

dane byłoby również rozdawanie w czasie pouczeń broszurek z zakresu opieki nad matką i dzieckiem.

Rola opiekunki szpitalnej w opiece nad zdrowiem polega na zaopiekowaniu się choremi, które opuszczają szpital jeszcze przed zupełnem wyzdrowieniem oraz chorymi członkami ich rodzin, zwłaszcza dziećmi. A więc objaśnianie i dopilnowanie wykonania zleceń lekarskich, wykonywanie pewnych zabiegów, tłumaczenie znaczenia chorób, pouczanie o sposobach dezynfekcji — wchodzą w zakres jej obowiązków. W niektórych wypadkach jest bardzo pożądana stała opieka pielęgniarska na pewien okres czasu, gdy np. matce pogorszy się po powrocie że szpitala i musi leżeć, a w domu są tylko drobne dzieci; opiekunce szpitalnej jednak brak na to czasu.

W dziedzinie opieki nad zdrowiem opiekunka szpitalna najwięcej może zrobić przez pośrednictwo między choremi a instytucjami sanitarnemi. Należeć tu będzie skierowywanie chorych do przychodni Stacyj Opieki społecznej, (gdy chodzi o bezpłatną pomoc lekarską), umieszczanie w sanatorjach, szpitalach, domach zdrowia, starania o wysyłanie słabowitych dzieci na kolonje. Kontakt z Urzędami Sanitarnemi potrzebny będzie wobec nieodpowiednich warunków mieszkaniowych, gdy chodzi o zmianę ich na lepsze oraz w wypadkach chorób zakaźnych.

c) P o m o c   w y c h o w a w c z a, polega głównie na zajęciu się pozostającemi bez opieki dziećmi chorych. Troska matek o te dzieci wpływa źle na ich stan psychiczny, co się odbija na stanie fizycznym. Bezpośrednia pomoc opiekunki szpitalnej polega na dowiedzeniu się w domu o dzieci, ich zdrowie, odżywianie, frekwencję w przedszkolu czy szkole, na sprawdzeniu, pod jaką są opieką. Matki, które rzadko są odwiedzane przez mężów, czy innych członków rodziny, lub nie zupełnie ufają ich relacjom, okazują dużą wdzięczność za dostarczoną im wiadomość o dzieciach, zwłaszcza te, których nikt z rodziny nie odwiedza.

Ważniejsze jeszcze jest zaspokajanie potrzeb wychowawczych przez instytucje. Pomoc żłobków i przedszkoli okazuje się szczególniej potrzebna dla dzieci pozostających w domu, w czasie gdy matki ich leżą w szpitalu i nie mają odpowiedniego zastępstwa w rodzinie. Niestety instytucje te są stale przepełnione.

Kierowanie do zakładów wychowawczych, sierocińców, zakładów poprawczych i t. p. potrzebne jest dla dzieci starszych w wypadkach, gdy zostają pozbawione jakiejkolwiek stałej opieki (np. w razie śmierci matki), lub gdy opieka domowa nie jest wystarczająca.

Umieścić w tych zakładach za opłatą nie jest zbyt trudno, gdy jednak chodzi o umieszczenie bezpłatne, przez Magistrat, zależy to od wszystkich warunków, których on wymaga, uwzględniając jedynie sieroty, rzadziej półsieroty.

Istnieje wprawdzie Pogotowie Opiekuńcze dla dzieci (od lat 5—15), zbieranych z ulicy lub pozostających bez żadnej opieki, dostawianych przez policję, ale dostanie się do tego zakładu zależy od specjalnych okoliczności, a i wtedy zależne jest od wolnych miejsc w zakładzie. Dzieci w takich wypadkach znajdują utrzymanie i opiekę bezpłatnie do trzech miesięcy, oraz dłużej, gdy niema gdzie ich umieścić po przepisanym terminie.

Po powrocie matki do domu opiekunka szpitalna kieruje ją do instytucyj, w których kształcić się może w kierunku wychowywania dzieci. Są

to Ośrodki zdrowia i Stacje Opieki nad Dziećmi, organizujące odczyty i Ligi młodych matek, Sekcja Pomocy Dzieciom Obywatelskiego Komitetu Pomocy Społecznej z wykładami z dziedziny pedagogiki, higjeny, gospodarstwa domowego. Prócz tego duże znaczenie ma poradnia pedologiczna, poradnia dla anormalnych, sąd dla nieletnich.

d) P o t r z e b y p r a w n e. Wobec kłopotów życiowych chorych i ich rodzin zachodzi nierzadko potrzeba interwencji prawnej. Zdarzać się to może zarówno wtedy, gdy matka nieślubna chce starać się o alimenty dla swego dziecka, lub opuszczona żona o utrzymanie dla rodziny, jak i wówczas, gdy nie ubezpieczona przez pracodawcę w Kasie Chorych robotnica zostaje pozbawiona zasiłku w czasie choroby lub gdy bezwzględny gospodarz domu pozbawia dachu nad głową rodzinę bezrobotnego.

Opiekunka szpitalna powinna pamiętać o istnieniu tego rodzaju potrzeb, tembardziej, że chore często nie zdają sobie sprawy, że można złemu zaradzić. Załatwianie tych spraw należy przeważnie od poradni prawnych, (np. przy „Kole Prażan" oraz Sekcji pomocy dzieciom), dokąd opiekunka szpitalna powinna chore kierować. Niemniej jednak potrzebna jest jej znajomość ustawodawstwa społecznego, aby mogła orjentować się, czy dane sprawy można załatwić — i unikać w ten sposób odsyłania do prawnika spraw beznadziejnych.

e) P o m o c m a t e r j a l n a potrzebna jest w największej ilości wypadków, niedostatek bowiem jest najczęstszą przyczyną wielu niedomagań fizycznych i moralnych, złych warunków mieszkaniowych, pozbawienia dzieci potrzebnej opieki, często — śmierci.

Zwykłą przyczyną nędzy jest bezrobocie. Nawet, jeśli rodzina pobiera zasiłki, to gdy jest liczna, gdy dzieci są drobne, a więc niezdolne do zarobkowania, stan jej materjalny staje się bardzo ciężki.

Położenie znacznie się pogarsza, gdy bezrobotnemu nie przysługuje nawet prawo pobierania zasiłków. Wtedy najtragiczniejszą może jest sprawa odżywiania, która zresztą u ogółu bezrobotnych przedstawia się bardzo smutno. A cóż dopiero, gdy do tych warunków, bez praw do Kasy Chorych, przyłączy się jeszcze ciężka choroba?

W pierwszym rzędzie byłaby tu pożądana pomoc doraźna.

Zdarzyło się np. że żonę bezrobotnego z Zakroczymia, matkę pięciorga drobnych dzieci (najmłodsze 5 miesięcy), chorą na raka, po paru dniach pobytu w szpitalu odesłano do domu, ponieważ nie mogła wpłacić 300 zł. potrzebnych do przeprowadzenia koniecznej kuracji radem, a Magistrat m. Zakroczymia, na którego koszt została przysłana, sumy tej udzielić jej nie mógł czy nie chciał.

W Warszawie pomoc materjalna najuboższej warstwie ludności udzielana jest przedewszystkiem przez Magistrat za pośrednictwem 7m-iu Stacyj Opieki Społecznej. Jak wiadomo jednak, pomoc ta jest zależna od funduszów na ten cel wyznaczonych, a w pierwszych okresach czasu jest zupełnie nieosiągalna.

Do instytucyj udzielających pomocy materjalnej należą, prócz Magistratu: Obywatelski Komitet Pomocy Społecznej, a zwłaszcza jego Sekcja Pomocy Dzieciom oraz, w mniejszym zakresie, Biuro nędzy wyjątkowej (przy Zakładzie św. Kazimierza), Osiedle, biuro ofiar, Gminy wyznaniowe, przyczem te ostatnie udzielają pomocy jedynie specjalnym grupom osób.

4. P o m o c m o r a l n a.

Pomoc moralną należy uwzględniać bardzo szeroko na terenie pracy

społecznej w szpitalu. Chodzi tu przedewszystkiem o poprawienie psychicznego samopoczucia chorych.

Zaspokajanie szeregu potrzeb omawianych wyżej przez różne instytucje, w wielu wypadkach usuwa równocześnie cierpienia moralne. Tu należy położyć nacisk na ulżenie troskom przez samo działanie psychiczne opiekunki szpitalnej, która, przez umiejętne odniesienie się do chorej, łagodzi wstrząs, jakim jest przybycie — zwłaszcza poraz pierwszy — do szpitala, potrafi wzbudzić optymizm w razie depresji, uspokoić o los rodziny i t. p.

Obowiązek zajmowania się specjalnie matkami nieślubnemi jest na oddziale położniczym bodaj czy nie najważniejszy, a to ze względu na wrogi do nich stosunek społeczeństwa. Zwłaszcza wobec chorych wenerycznie wytwarza się odrazu specjalny stosunek, jakby takie chore nie były warte żadnych zachodów ani opieki, jakby wyłączone były poza nawias społeczeństwa. Opiekunka szpitalna spotkała się ze zdaniem, że „takie to nawet na litość nie zasługują“. Obowiązkiem jej zatem jest walczyć z tą pogardą zwłaszcza, gdy dotyczy ona matek i okazywać im właśnie życzliwość.

Do zakresu pomocy moralnej należy zaliczyć również pewne starania poza szpitalem. Może to być załatwienie jakiegoś sprawunku, napisanie listu, zatelefonowanie do rodziny lub znajomych, spełnienie roli pojednawczej w razie nieporozumień chorej z rodziną, zawiadomienie rodziny o ciężkim stanie chorej i t. d. — Oto przykład: W czasie wywiadu na sali szpitalnej opiekunka, rozmawiając z chorą beznadziejnie na zapalenie otrzewnej kobietą, dowiedziała się, że chora ma trzyletniego synka, który chowa się u teściowej. Na pytanie, czy ją odwiedza, chora odpowiedziała, że od czasu przyjścia do szpitala jeszcze go nie widziała (około półtora miesiąca), pomimo, że pisała do teściowej o swej chorobie, prosząc o odwiedziny. Płakała, widząc w niedzielę dziecko, odwiedzające jej szpitalną sąsiadkę. Opiekunka wzięła skwapliwie podany adres i widząc, że niema czasu do stracenia, udała się zaraz do rodziny chorej. Zapytała teściową, czy otrzymała wiadomość o chorobie? Tak, ale nie przypuszczała, że z synową jest źle, zresztą żyła z nią w niezgodzie. Teściowa nie odrazu dała się skłonić do odwiedzin. Trzeba było wielu tłumaczeń i wstawiennictwa reszty rodziny, aby zgodziła się wkońcu pojechać do szpitala. Pod wpływem tej rozmowy cała rodzina odwiedziła umierającą, która, rozradowana widokiem dziecka, ściskała je i błogosławiła, polecając rodzinie wychowanie go na prawego człowieka. W dwie godziny po tej wizycie skonała.

Staranie się o pomoc duchowną, zależnie od wyznania, ciąży głównie na osobach pielęgnujących, jednak w wypadkach wyjątkowych może zajść potrzeba, że i o nią postarać się musi opiekunka szpitalna.

Przygotowanie opiekunek szpitalnych powinno odpowiadać rozlicznym ich obowiązkom. Od pielęgniarek szpitalnych wymaga się wiele zalet duchowych, uzależniając stan fizyczny chorego od otoczenia go dodatnią atmosferą moralną. Nie zawsze jednak osoba pielęgnująca odpowiada swemu zadaniu, a nawet i wtedy, gdy tak jest, nie zawsze zwracać może uwagę na psychiczną stronę chorego, poprostu dlatego, że, przeładowana pracą, nie ma na to czasu. A przecież nierzadko się zdarza, że cierpienie fizyczne jest przyczyną moralnego. Opiekunka

szpitalna, mając uwagę zwróconą specjalnie w tym kierunku, może dużo pomóc.

Zachodzi pytanie, czy opiekunki szpitalne powinny, prócz przygotowania społecznego, posiadać wykształcenie pielęgniarskie, czy też nie? W Anglji, kolebce tej pracy i w Ameryce, gdzie się ona najszybciej rozwinęła, od opiekunek szpitalnych nie wymaga się ukończenia szkoły pielęgniarstwa. Są one jedynie kształcone w szkołach pracy społecznej. Jednak w innych krajach, gdzie opieka społeczna w szpitalu już się również rozwinęła, jak we Francji, Niemczech, Austrji, oraz tam, gdzie znajduje się dopiero w początkach rozwoju, jak w Czechosłowacji, na Węgrzech, obowiązki te pełnią pielęgniarki, wykształcone w dziale szpitalnym, z większem lub mniejszem przygotowaniem społecznem. Możliwe, że takie lub inne wykształcenie idzie w parze ze stanem pielęgniarstwa szpitalnego i społecznego, które w Anglji i w Ameryce stoi bardzo wysoko, wobec czego opiekunka szpitalna nie potrzebuje wnikać w sprawy należące do zakresu pracy pielęgniarskiej. Tam jednak, gdzie nie można rozporządzać tak wielkim zastępem kwalifikowanych pielęgniarek, opiekunka powinna posiadać wykształcenie szpitalne.

Brak nam jeszcze szkół, uwzględniających specjalne przygotowanie nietylko opiekunek szpitalnych, ale i pielęgniarek społecznych. Istniejące jednak szkoły społeczne dają wiele wiadomości potrzebnych, l e c z p r z e d t e m n a l e ż y s k o ń c z y ć s z k o ł ę p i e l ę g n i a r s t w a.

Byłoby bardzo pożądane, aby projektowane dokształcające kursy dla pielęgniarek społecznych uwzględniły w swym programie również i wiadomości, leżące w zakresie opieki społecznej w szpitalu.

DZIEŃ II-gi — 9-go LISTOPADA 1930 R.

Posiedzenie trzecie, dyskusyjne

Godzina 10 rano, — obecnych gości i członków 145.

Temat: S z k o l e n i e u c z e n n i c w s z k o ł a c h p i e l ę g n i a r s k i c h:

P. Marja Epsteinówna, dyrektorka Uniw. Szkoły Pielęgniarek w Krakowie, otwiera zebranie i zaznacza, że posiedzenie dyskusyjne (na wzór „round table“ *na zjazdach międzynarodowych), zostało wprowadzone poraz pierwszy w tym roku, dla ułatwienia, przez mniej oficjalny charakter, wzajemnej wymiany myśli.*

Następnie oddaje głos p. Sabinie Schindlerównie, dyrektorce Szkoły Pielęgniarstwa na Czystem w Warszawie.

Szkolenie słuchaczek w szpitalu

wygłosiła *Sabina Schindlerówna*

Szkolenie słuchaczek w dziale pracy szpitalnej zajmuje w programie każdej szkoły bardzo poważne miejsce. W naszej szkole na 835 godzin teorji przypada 4765 godzin praktycznych zajęć w szpitalu. Jak wynika z powyższego, punktem ciężkości w przysposabianiu przyszłej pielęgniarki do pracy szpitalnej czy społecznej — jest szkolenie na oddziałach szpitalnych.

Najodpowiedniejszym terenem dla szkolenia jest szpital ogólny z następującemi zasadniczemi oddziałami:

1. Oddział chirurgiczny z salą operacyjną
2. „ wewnętrzny
3. „ położniczy z salą noworodków
4. „ dziecięcy.

Nie mniej ważnym dla szkolenia jest w naszych warunkach oddział chorób zakaźnych. Prócz tych niezbędnych działów, wskazana jest również praktyka na oddziałach specjalnych jak oczny, laryngologiczny, neurologiczny i t. d.

Każdy oddział szpitalny, jeśli ma spełnić swoje zadanie jako pole dla szkolenia uczennic, musi odpowiadać pewnym warunkom. Liczba i ruch chorych, charakter chorób (ostrych lub chronicznych), ilość personelu pielęgniarskiego w stosunku do ilości chorych, administracja, poziom opieki lekarskiej nad chorym — oto czynniki, z któremi liczyć się powinna każda szkoła, zanim wyśle swe wychowanki na praktykę szpitalną, bo postępy w nauce słuchaczek uzależnione są w dużej mierze od korzystnego ułożenia się warunków pracy.

Szkoła ze swej strony winna umieć rozplanować zajęcia praktyczne słuchaczek, stosować odpowiednie metody nauczania na oddziałach, utrzymywać łączność między teorją a praktyką oraz zapewnić sobie posiadanie personelu instruktorek-specjalistek w każdym dziale.

Przejdę teraz do omówienia tych zagadnień ze specjalnem uwzględnieniem warunków, w jakich uczą się słuchaczki naszej szkoły.

Szkoła nasza, jak zresztą wszystkie nowopowstałe szkoły w Polsce, jest materjalnie niezależna od szpitala, a co za tem idzie, nie ma tych obowiązków, jakie mają zagranicą szkoły zależne. Szpital posiada własny personel pielęgniarski, a słuchaczki przychodzą do szpitala na praktykę. Tak się to przedstawia teoretycznie. W praktyce nie sposób oddzielić całkowicie interesów szkoły od spraw szpitala. Pewna współzależność i łączność między temi instytucjami istnieje, a powiem nawet, że istnieć musi. Nie można wyodrębnić pracy absolwentek Szkoły od zajęć słuchaczek, pracujących razem na tym samym oddziale. I dlatego też Szkoła nasza musiała zapewnić sobie prawo kontroli personelu pielęgniarskiego i wziąć moralną odpowiedzialność za pracę, aby móc czuwać nad jej jednolitym kierunkiem i dbać o jej poziom na tych oddziałach, na które kieruje słuchaczki.

Jeśli słuchaczka ma ufać pouczeniom, których słucha w salach wykładowych, a które ma następnie wprowadzać w życie, musi widzieć w szpitalu umiejętną i troskliwą opiekę, roztaczaną nad chorym przez personel pielęgniarski.

A nietylko poziom bezpośredniej opieki nad chorym, ale również i poziom części gospodarczo-administracyjnej oddziału, (posiłki chorych, ilość bielizny, udogodnienia w pracy, porządek, dyscyplina) sprzyja lub wpływa ujemnie na nauczanie słuchaczek.

Plan zajęć praktycznych. W Szkole naszej szkolenie praktyczne trwa 22 miesiące; czas ten podzielony jest następująco:

Oddział chirurgiczny	5 miesięcy
Sala opatrunkowa	1 miesiąc
Sala operacyjna	1 miesiąc
Oddział wewnętrzny	4 miesiące
Oddział położniczy	2 miesiące
Sala niemowląt	2 miesiące

Kuchnia mleczna	. . . . .	2 tygodnie
Oddział neurologiczny	. . . .	6 tygodni
Oddział fizjoterapji	. . . . .	2 tygodnie
Oddział oczny	. . . . . .	2 tygodnie
Oddział zakaźny	. . . . . .	1 miesiąc
Pielęgniarstwo społeczne	. . .	2 miesiące
Gospodarstwo	. . . . . .	1 miesiąc

Zajęcia praktyczne układamy dla poszczególnych słuchaczek na cały rok zgóry. Daje nam to gwarancję, że każda słuchaczka przejdzie kurs przewidzianej przez program praktyki. W pierwszym roku nauki przenosimy słuchaczki z oddziału na oddział większemi grupami, w drugim — mniejszemi, a to z tego względu, że nie wszystkie oddziały mogą pomieścić większą ilość słuchaczek, np. sala operacyjna, opatrunkowa, oddział fizjoterapji. W związku z tem okresy praktyki słuchaczek danego zespołu różnią się jedynie kolejnością opuszczania oddziałów.

Zajęcia teoretyczne w stosunku do zajęć praktycznych. Oto jedno z najważniejszych zagadnień w programie szkolenia. Ścisła łączność teorji z praktyką ma wielkie znaczenie w nauczaniu wogóle, a w szczególności w pielęgniarstwie. Aby postępować w myśl nowoczesnej pedagogiki, która głosi, że siła i znaczenie systemów nauczania zależy od możności praktycznego ich zrealizowania, trzeba umieć pogodzić teorję z praktyką, by stanowiły one jedną organiczną całość, gdyż jedna bez drugiej staje się niezupełną i nieużyteczną.

Jak to przeprowadzić w życiu, w naszych Szkołach Pielęgniarstwa?

Wiadomo, że szkoły dla rozwiązania tego zagadnienia stosują dwa systemy szkolenia. Pierwszy to t. zw. „*block system*“ — polegający na całkowitem wyeliminowaniu teorji podczas okresu zajęć praktycznych i naodwrót. O jego dobrych stronach trudno mi mówić, gdyż nie mam w tym kierunku doświadczenia.

Drugi system polega na równoległem prowadzeniu wykładów teoretycznych z praktyką na oddziałach szpitalnych. System ten stosowany w naszej szkole od 7 lat, kilkakrotnie modyfikowany, daje wyniki zadowalające. Wychodzimy z założenia, że dzień pracy słuchaczki nie powinien przekraczać 8-miu godzin i dzień ten zapełniamy teorją i praktyką.

Jeśli weźmiemy pod uwagę, że z 835 godzin teorji, 425 przypada na okres wstępny, przygotowawczy (wolny prawie od zajęć na oddziale), to pozostałych 410 godzin łatwo rozłożyć. Stosunek godzin praktyki do teorji w ciągu całego kursu wynosi w naszej szkole 6, 3:1, t. j. na każdą godzinę teorji wypada 6, 3 godzin praktyki. Z tego na okres przygotowawczy przypada 425 godzin teorji, 375 praktyki, w I-szym roku 220 godzin teorji na 2420 godzin praktyki, w II-gim już tylko 190 godzin teorji na 2450 godzin praktyki.

Z obliczenia powyższego wynika, że słuchaczki nie są przeciążone wykładami teoretycznemi w okresie, gdy wykłady prowadzone są łącznie z praktyką.

Jeszcze jeden wzgląd, przemawiający za stosowaniem tego systemu: na przedmioty, wykładane w szkole z dziedziny medycyny, przeznaczona jest stosunkowo mała ilość godzin, przy dużym zakresie udzielanych wiadomości, więc gdyby te wykłady, prowadzone były w oderwaniu od praktycznej pracy, czyż słuchaczki bez dopełniania ich obserwacją i doświadczeniem z codziennej praktyki w szpitalu przyswoiłyby sobie

te wiadomości? Uważam, że równolegle z praktyką na danym oddziale, powinien być wykładany przedmiot z odpowiedniej dziedziny, wtedy dopiero słuchaczka, korzystając z dwu źródeł — z książki i z życia, nauczy się uzupełniać jedno drugiem.

Prócz wykładów odbywają się stale na każdym oddziale pokazy kliniczne, prowadzone przez lekarzy-specjalistów. Na oddziale chirurgicznym jest ich 6 miesięcznie: 3 pokazy przypadków chirurgicznych, 2 urologicznych i 1 — przypadku ortopedycznego. Na odziale wewnętrznym — 4, na neurologicznym — 4, na położniczym — 4. Słuchaczki grupami opracowują sprawozdania z pokazów klinicznych, posługując się odpowiednią literaturą.

Nadmienić należy, że wykłady odbywają się przeważnie w godzinach rannych, że Szkoła umieszczona jest przy szpitalu, więc słuchaczkom łatwo punktualnie przychodzić na wykłady.

Metody nauczania na oddziałach szpitalnych.

Nauczanie na oddziałach da dobre wyniki tylko o tyle, o ile szkoła będzie dążyła do utrzymania równowagi pomiędzy poziomem pracy słuchaczek w sali demonstracyjnej, a praktyką na oddziałach szpitalnych.

Instruktorki szpitalne powinny się zajmować wyłącznie szkoleniem słuchaczek według ściśle określonego planu, z uwzględnieniem materjału klinicznego oraz czasu przebywania słuchaczek na danym oddziale. Przytem nie wolno im zapominać, że należy uczyć nietylko technicznej części pielęgnowania, ale również umiejętności wnikania w psychikę chorego.

W szkole naszej instruktorka klasowa po okresie przygotowawczym wprowadza słuchaczki na oddział i pozostaje z niemi przez 2½ miesiąca. Z jednej strony ułatwia ona słuchaczkom przystosowanie się do nowych warunków pracy i otoczenia, z drugiej, wchodząc w kontakt z instruktorką szpitalną, zaznajamia ją z nowemi słuchaczkami. W okresie tym słuchaczki wykonują pod kierunkiem instruktorki klasowej wszystkie te zabiegi, których się uczyły w sali demonstracyjnej. Następnie, po osiągnięciu pewnej wprawy, oddaje im się chorych pod opiekę w ilości zależnej od oddziału, stanu chorych i od pory dyżuru. Przeciętnie powierzamy 3 — 4 chorych słuchaczce I-go roku, zaś 5—6 chorych słuchaczce II-go roku (na dyżurze rannym lub popołudniowym, wyłączając nocny). Od samego początku praktyki zwracamy specjalną uwagę na pielęgnację ogólną, uczymy również słuchaczkę wykonywania zabiegów i podawania lekarstw powierzonym jej chorym.

Nie pozwalamy jej wykonać żadnego zabiegu samodzielnie dopóki, pracując pod kierunkiem instruktorki, nie nabierze wprawy. Kiedy instruktorka uważa, że słuchaczka osiągnęła już pewną umiejętność, wypełnia odpowiednią rubrykę na karcie zabiegów, udzielając tem przyzwolenia na samodzielne wykonywanie danego zabiegu. W ten sposób, po odbyciu praktyki na wszystkich oddziałach, karta zabiegów zostaje wypełniona przez instruktorki, co świadczy, że dana słuchaczka wszystkie zabiegi, przewidziane w programie, potrafi samodzielnie wykonać i że rozumie ich znaczenie.

Przydzielanie słuchaczkom chorych, nie zaś wyznaczanie im tylko jakiejś specjalnej czynności przy nich, ma duże znaczenie w szkoleniu, gdyż daje słuchaczkom możność poznania cierpień i struktury psychicznej

chorego, dokładnego obserwowania wyników leczenia oraz wykazania pewnej inicjatywy w pielęgnowaniu.

Aby jeszcze większy nacisk położyć na indywidualne traktowanie chorych, stosujemy, jako metodę nauczania, t. zw. po angielsku „*case study method*“, polegającą na specjalnem obserwowaniu i pielęgnowaniu przez słuchaczkę jednego chorego w ciągu kilku tygodni (minimum dwa tygodnie). W ciągu tego czasu słuchaczka, opiekując się chorym, zbiera pomocniczy materjał informacyjny, tyczący się ogólnego stanu zdrowia pacjenta, historji ,choroby, sposobów leczenia, wyników analiz, prześwietleń i t. p., oraz historji społecznej, jeśli ta ostatnia stoi w związku z chorobą. Zebrany materjał uzupełnia wywiadem w domu chorego (z instruktorką pracy społecznej) i po kilku konferencjach z instruktorką oddziałową pisze obszerne sprawozdanie o danym chorym. Sprawozdanie to powinno wykazać, jak gruntownie słuchaczka poznała daną chorobę, o ile trafne są jej obserwacje i wreszcie — co najważniejsze — czy dobrze chorego pielęgnowała.

Trudno byłoby mówić o wynikach tej metody, którą wprowadziłyśmy stosunkowo niedawno. Naogół zauważyłyśmy już nieraz, że słuchaczki, które złożyły takie sprawozdania, okazały dużo inicjatywy w zbieraniu informacyj o chorym, większe zainteresowanie się losem chorego nietylko podczas jego pobytu, ale i po wypisaniu go ze szpitala oraz starały się lepiej go pielęgnować.

Program przewiduje 6 sprawozdań w ciągu kursu na każda słuchaczkę.

G o d z i n y z a j ę ć s ł u c h a c z e k.

Dyżury słuchaczek w szpitalu są podzielone na 3 zmiany: od godziny 7-mej rano do 3-ciej popołudniu, od 3-ciej popołudniu do 10-tej wieczór, od 10-tej wieczór do 7-mej rano.

Po okresie przygotowawczym słuchaczki mają przez kilka miesięcy dyżur od 7-mej rano do 7-mej wieczór z przerwą 4-ro godzinną. Każdy z tych dyżurów przedstawia specyficzne korzyści w szkoleniu, to też staramy się, aby słuchaczki kolejno się zmieniały.

D y ż u r y s p e c j a l n e.

Dla zaznajomienia się z działem gospodarczym, każda słuchaczka pozostaje przez jeden miesiąc w szkole i pod kierunkiem gospodyni uczy się układania jadłospisów, zakupywania produktów, kalkulacji cen, obliczania i wydawania porcji i t. p.

Pod koniec kursu słuchaczka pełni obowiązki asystentki pielęgniarki oddziałowej w ciągu dwóch tygodni, aby zaznajomić się z częścią administracyjną oddziału.

P. Schindlerówna ilustrowała referat niezmiernie interesującemi i wykonanemi z wielką precyzją wykresami, dotyczącemi rozkładu pracy uczennic.

D y s k u s j a (w streszczeniu).

Padają następujące pytania i uwagi:

P. Teresa Kulczyńska (Kraków): 1. Jak dalece Szpital na Czystem jest niezależny od pracy uczennic? 2. Czy oddział nie cierpi na tem, że uczennice schodzą na wykłady?

P. Radajewska (Poznań): 3. Jaki jest rodzaj pracy uczennic na sali operacyjnej?

P. Helena Nagórska (Warszawa): 4. Czy uczennice chodzą na wykłady również i wtedy, gdy pełnią nocne dyżury?

P. Jadwiga Suffczyńska (Warszawa): 5. Na jakim etacie są instruktorki?

P. Małgorzata Żmudzka (Warszawa): 6. W jakich godzinach instruktorki szpitalne robią wywiady w domach? 7. Czy Szkoła ma prawo rozkładania pracy absolwentek?

P. Dr Ewa Cybulska (Lwów): 8. Czy miesiąc praktyki w gospodarstwie szpitalnem to nie zamało?

P. Schindlerówna odpowiada: 1. 2. Na 220 łóżek pracuje 35 pielęgniarek-absolwentek i 65 uczennic, z których na wykłady schodzi tylko połowa. Nocne dyżury uczennice (naraz 4) pełnią zawsze wraz z absolwentkami. — 3. Szkoła daje tylko zasady techniki sali operacyjnej, dopiero absolwentki mogą się w niej specjalizować. 4. Uczennice, pełniące dyżur nocny, chodzą na wykłady odbywające się tylko o godz. 9 rano, pozostałe uzupełniają z innym kursem. 5. Instruktorki szpitalne — z wyjątkiem jednej — są na etatach szpitalnych. 6. Instruktorka robi z uczennicą wywiad domowy poza godzinami pracy; uczennica pracuje wtedy jako starsza, do 3-ciej, a po 3-ciej robi wywiady. Każda uczennica musi napisać 6 sprawozdań o chorych. 7. Szkoła rozkłada dyżury absolwentek i melduje o tem administracji szpitala; dyrektorka jest dla absolwentek autorytetem, są one odpowiedzialne za pracę przed Szkołą. 8. Miesiąc na gospodarstwo nie wystarcza, ale na więcej nie pozwala program szkolny. — Uczennice, w drugim roku mają dyżury całkowicie samodzielne i odpowiedzialne, w okresie tym wykładów jest bardzo mało, a pod koniec — wcale.

Dalsza dyskusja nad referatem p. Schindlerówny świadczy wymownie o stopniu zainteresowania tak kierowniczek i instruktorek Szkół, jak i ogółu pielęgniarek metodami szkolenia pielęgniarskiego. Jak to zaznaczyła panna Schindlerówna, w Polsce istnieją dwa systemy: t. zw. „blokowy", polegający na całkowitem oddzieleniu okresów teorji od okresów praktyki, oraz „wspólny", polegający na równoczesnem kształceniu uczennic w praktyce i w teorji. Pierwszy system, blokowy, stosuje Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa, Szkoła Pielęgniarek w Poznaniu oraz Szkoła Pielęgniarstwa P. C. K. w Warszawie. Drugi, „wspólny" — Szkoła Pielęgniarstwa na Czystem w Warszawie, i Uniw. Szkoła Pielęgniarek w Krakowie.

Argumenty za systemem „blokowym" (w streszczeniu):

P. Helena Nagórska (dyrektorka Szkoły P. C. K. w Warszawie): W Szkole naszej obowiązuje system „blokowy". Jest on dogodniejszy po pierwsze dlatego, że w każdej chwili można obliczyć, ile uczennic potrzeba na oddziale. Widziałam w Ameryce przy systemie nie blokowym 10 uczennic na oddziale rano, a 3 popołudniu. Powtóre system blokowy daje uczennicom ciągłość opieki nad chorym, wyrabia w nich poczucie odpowiedzialności. Uczennice przy systemie „wspólnym" mniej przejmują się pracą, nie starają się wykonać wszystkich zabiegów wiedząc, że o pewnej godzinie i tak muszą pójść na wykład. I przy systemie „wspólnym" można nawiązać kontakt między klasą, a szpitalem; w Szkole naszej uczennice powtarzają wiadomości, nabyte w klasie z instruktorkami szpitalnemi, a instruktorka klasowa miewa z niemi repetycje w szpitalu.

P. Marja Mochnacka: Uczennice, wycofane ze szpitala tylko na teorję, mają na nią więcej czasu i lepiej obejmują wykładane przedmioty.

P. M. Żmudzka (insruktorka klasowa Szkoły P. C. K.): Jestem gorącą zwolenniczką systemu blokowego: uczennica może odpocząć po teorji — na praktyce, po praktyce — na teorji. Obowiązek ciągłego powtarzania teorji i tak istnieje; sama robię to z uczennicami w szpitalu.

Dr Jan Surawski (prezes Zarządu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej): Widziałem szereg szkół amerykańskich; stwierdzam, że na nasze stosunki lepszy jest system blokowy. System rozproszony („wspólny“) wymaga więcej sił fizycznych; po zmęczeniu pracą, uczennice muszą słuchać wykładów, na pogłębianie zaś wiadomości przez czytanie czasu niema. To prawda, że przy systemie blokowym godziny wykładów są nagromadzone, to samo jednak dzieje się i na uniwersytecie.

P. Suffczyńska: Opowiadam się za systemem blokowym. Praca szpitalna zanadto jest męcząca, by po niej uczennice mogły chodzić jeszcze na wykłady. Co do czytania, to, przy systemie blokowym, uczennice powinny być zobowiązane odpowiednie książki z dziedziny fachowej przeczytać.

Argumenty za systemem „wspólnym“ (w streszczeniu):

P. Schindlerówna: Na podstawie doświadczenia w Szkole na Czystem stwierdzam, że system wspólny daje dobre wyniki. W Ameryce pracuje na oddziałach mniej absolwentek, tymczasem u nas np. na chirurgji na 26 chorych pracują 2 uczennice (z 2 zespołów) i 2 absolwentki tak, że 3 osoby są stale na sali. Zrozumienie, że pacjent jest zawsze pierwszy — istnieje, bo w drugim roku uczennice mają dyżury samodzielne, podczas których uczą się odpowiedzialności.

P. Teresa Kulczyńska (instruktorka klasowa w Szkole Pielęgniarstwa w Krakowie): Blokowy system jest wygodniejszy i dla uczennic i dla szpitala. Ale zasadą psychologiczną jest to, że za dużo naraz wiadomości teoretycznych umysł objąć nie może. Wykłady w systemie blokowym są zbite, przytem zdolności uczennic idą raczej w kierunku praktycznym. Co do czytania, to w naszej Szkole uczennice mają na nie, mimo wszystko, czas i energję. Powtórki na oddziałach prowadzić można. System wspólny jest pedagogiczniejszy: łatwiej objąć uczennicom materjał naukowy, rozciągnięty na dłużej, np. internę, która trwa 4 miesiące, a w 5-tym następuje egzamin.

Na podstawie doświadczenia, nabytego w szkołach o obydwu systemach stwierdzam, że system wspólny nie jest wadliwy. W Szkole naszej są błędy, lecz jest to wina nie samego systemu, lecz okoliczności, z któremi się Szkoła musi liczyć (zbyt wielka ilość objętych łóżek, trudności z należytym rozkładem wykładów). Stosunki niedługo się polepszą: dodano pół roku praktyki, a ilość godzin teorji bynajmniej się nie zwiększyła.

P. Marja Wilkońska (Poznań): Byłam 2 lata instruktorką klasową przy systemie blokowym i zauważyłam, że uczennice pod koniec teorji są przemęczone nauką.

Konkluzje (w streszczeniu):

P. Nagórska: Nie chodzi o wzajemne zwalczanie się; wszystko zależy od warunków. Pewne inne sprawy powinny obowiązywać w każdej szkole, a mianowicie: 1) instruktorki szpitalne powinny być na etacie szkolnym, czego w naszej szkole niema; 2) instruktorki powinny ciągle się kształcić; 3) w szpitalu, w którym praktykują uczennice, musi istnieć doskonały rozkład pracy (jak np. w Szpitalu im. Karola i Marji), t. j. wizyty lekarskie, posiłki i t. d. muszą mieć stałe godziny — i szkoła powinna móc na to wpływać.

Dr Cybulska: Musi być jakaś usterka w szkoleniu ucznnic, skoro daje się zauważyć mniejszy idealizm u absolwentek lat ostatnich, niż u dawnych.

Dr Surawski: Podaję wniosek, by specjalna komisja zebrała i opracowała materjały, dotyczące obu systemów w ciągu 2 lat i po 2 latach przedstawiła odpowiedni memorjał. Według wniosków komisji szkoły mogłyby

ewolucyjnie dążyć do zmian. Możeby się udało wynaleźć jakiś trzeci system, dostosowany do naszych specyficznych warunków. Za rok komisja zda sprawę z pracy.

P. Wanda Lankajtes: Radzę nie stwarzać specjalnej komisji, a przekazać tę sprawę komisji wychowawczej.

Wniosek Dra Surawskiego, po krótkiej dyskusji, został przyjęty jednogłośnie i przekazany do opracowania komisji rezolucyjnej.

Po 20 minutowej przerwie posiedzenie otwarła, jako przewodnicząca, p. Wanda Lankajtesówna, instruktorka pielęgniarstwa społecznego Warsz. Szkoły Pielęgniarstwa.

P. Małgorzata Żmudzka pokazuje wypełnione formularze s p r a w o z d a ń z p r a c y u c z e n n i c S z k o ł y P. C. K. w Warszawie. Mają one wykazać: 1) ilu chorych dana uczennica ma pod obserwacją; 2) jakie wykonywa zabiegi; 3) jakie przypadki chorobowe obserwuje. Sprawozdania te zmuszają do ścisłej obserwacji.

P. Teresa Kulczyńska: Pamiętamy wszystkie, czem były dla nas z a s a d y p i e l ę g n i a r s t w a. Najmniejsza ich modyfikacja na oddziale wydawała się nam czemś złem. Obecnie zasady pielęgniarstwa są uproszczone. Ja osobiście staram się uczyć, że najważniejszą zasadą jest wygoda chorego, a nie to, że dany zabieg musi być koniecznie tak a tak przeprowadzony. Oczywiście musi istnieć metoda, lecz obecnie przystosowujemy zasady pielęgniarstwa bardziej do życia. Dawniej uczennica, nauczona w klasie np. kolejności postępowania w toalecie porannej pacjenta, czuła się zdezorjentowana już tem, że w szpitalu podawanie miednicy należy do pielęgniarki nocnej. Rzeczą niezmiernie ważną jest wzbudzenie zainteresowania zasadami pielęgniarstwa w instruktorkach szpitalnych. Wspólnie z niemi wykonywane i omawiane pokazy zabiegów u nas dostatecznych rezultatów nie dały. Więcej dają poszczególne rozmowy instruktorek szpitalnych — z klasową.

P. Helena Nagórska: Zasady pielęgniarstwa stanowczo powinny być tak obmyślane, by można je było zastosować w praktyce. Instruktorka klasowa powinna znać warunki pracy w szpitalu, by nauczyć np. słania łóżka z jednym tylko kocem.

P. Sabina Schindlerówna: W Szkole na Czystem również odbywają się konferencje instruktorek w sprawie modyfikacji zabiegów, wraz z demonstracjami.

P. Jadwiga Romanowska: I w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa odbywają się konferencje raz na miesiąc.

P. Radajewska: W Szkole w Poznaniu konferencje odbywją się raz na tydzień.

Ponieważ p. Dr Stanisław Tubjasz, Radca Min. Spraw Wewnętrznych zaofiarował łaskawie pokazanie zebranym w y k r e s ó w d o t y c z ą c y c h ● ś r o d k ó w Z d r o w i a na t e r e n i e P o l s k i, przeto właściwy temat zebrania, szkolenie uczennic w szkołach pielęgniarskich. na chwilę przerwano. Dr Tubjasz dopełnił pokazy niezmiernie cennemi uwagami, których zebranie — zważywszy liczbę obecnych pielęgniarek społecznych — słuchało z dużem zaciekawieniem, o którem świadczyły pytania zadawane po skończeniu referatu.

Powrócono do tematu posiedzenia. — Dalsza dyskusja (w streszczeniu):

P. Halina Legutkówna, instruktorka higjeny szkolnej w Krakowie: Higjenistce szkolnej potrzebna jest koniecznie umiejętność mówienia, prowadzenie pogadanek. Szkoły pielęgniarstwa nie przygotowują do tego dostatecznie. Czy nie byłoby dobrze wprowadzić do programu szkolnego referatów, czy pogadanek, wygłaszanych przez uczennice wobec audytorjum koleżanek?

P. Luba Bielicka: W Szkole na Czystem są takie pogadanki.

P. Wanda Lankajtesówna: Strona praktyczna pielęgniarstwa społecznego jest w Szkołach niedostatecznie uwzględniona. Niedostatecznie — w stosunku do wymagań, stawianych absolwentkom. Widzę tu dwie drogi wyjścia: 1) przedłużenie kursu szkolnego do 3 lat, lub 2) nie obsadzanie stanowisk odpowiedzialnych przez świeże absolwentki, które przez rok powinny pracować w ośrodku przeszkalającym (na wsi i w mieście) zanim zaczną samodzielnie pracować. Chodzi o opinję pielęgniarstwa zawodowego na prowincji!

P. Marja Babicka: Obowiązki pielęgniarki na prowincji są inne, niż w ośrodku, który poznała, jako uczennica. Na prowincji pielęgniarka musi organizować kursy dla dziewcząt, często — prowadzić administrację, nawet kupować meble i t. d. Zadaniem Dep. St. Zdrowia jest stworzenie regulaminu dla lekarzy i pielęgniarek; szkoły, znając taki regulamin, wiedziałyby, jakie wymagania stawiane będą w przyszłości ich absolwentkom i skierowałyby kształcenie uczennic w odpowiednim kierunku.

Dr Tubjasz: Do tej pory nie było podstaw prawnych do stworzenia takiego regulaminu. Niedługo jednak ustawa szpitalna obejmie i poradnie oraz ośrodki zdrowia; instrukcje są już w przygotowaniu. Stowarzyszenie może się zwrócić do Dep. Zdrowia z prośbą o przyspieszenie ich wydania.

Wniosek Dra Tubjasza przekazano komisji rezolucyjnej.

P. Helena Nagórska: P. Dr Cybulska mówiła poprzednio o sprawie bardzo ważnej — obniżeniu się idealizmu wśród nowo kończących pielęgniarek w stosunku do dawnych. Komisja wychowawcza powinna zająć się i tą sprawą, zaradzić, by takich zarzutów w przyszłości nie było.

P. Jadwiga Suffczyńska: Tego nie opracuje żadna komisja. Wszystko zależy od nas. Każda z nas, instruktorki, kierowniczki oddziałów szpitalnych i instytucyj społecznych i każda szeregowa pielęgniarka — muszą świecić przykładem nowowstępującym w nasze szeregi. To jedna jedyna rada.

Żywe oklaski zawtórowały powyższym słowom.

Z powodu spóźnionej pory prezeska Stowarzyszenia zamknęła zebranie z żalem, że drugi, w programie Zjazdu przewidziany temat: Uzupełnienie wiadomości zawodowych po ukończeniu szkoły, poruszony już być nie może.)*

Posiedzenie czwarte (zamknięcie Zjazdu)

Godzina 5 popołudniu, obecnych 117 czł.

Na ostatnie posiedzenie, zamykające obrady, mają dostęp, podobnie jak na pierwsze, tylko członkowie zwyczajni.

P. Jadwiga Suffczyńska odczytała telegramy i listy z życzeniami dla Stowarzyszenia z okazji Zjazdu, a następnie

---

*) Niewygłoszone referaty pp. Lubowskiej, Mochnackiej i Żakowskiej ukażą się w następnym numerze „Piel. Pol." *(Przyp. Red.)*

Program prac Zarządu na rok 1931:

I. Usilne starania w celu przyspieszenia wydania Ustawy o Pielęgniarstwie.

II. Utrzymywanie kontaktu z Międzynarodową Radą Pielęgniarek.

III. Dalsze starania o pokój w Krynicy.

IV. Dalsze prowadzenie pisma „Pielęgniarka Polska".

V. Prowadzenie uzupełniających kursów dla pielęgniarek społecznych i szpitalnych.

Po dyskusji program przyjęto.

Uchwalono następujący

Preliminarz budżetowy na rok 1931

Wpływy			Wydatki		
Saldo z 8. XI. 30 dolarówek 200	zł. 7.111.93		Na wysłanie delegatki na Zjazd M. R. P.	800	
Składki członk. stow. abs.	3.670		Wydatki bieżące	237	
Zrzeszenie sióstr. P. C. K.	600		Na urządzenie Zjazdu	161·24	
Zaległe skł. czł. stow. abs.	1.400		Na dom wakacyjny	1.890·55	
Zrzeszenie sióstr P. C. K. 1929 i 1930	1.200	13.981·93	Fundusz żelazny	1.890·66	
			Na kursy uzupełniające	1.890·55	6.870
			Saldo na r. 1932		7111·93
		13.981.93			13.981·93

Rezolucje Walnego Zjazdu:

V Walny Zjazd P. S. P. Z. uchwala:

I. Wyrazić gorące podziękowanie Dyrektorce Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa za udzielenie lokalu dla obrad, pomoc w urządzeniu Zjazdu i serdeczną gościnność, okazaną uczestniczkom Zjazdu.

II. Wyrazić podziękowanie p. Dr Czesławowi Wroczyńskiemu, Lekarzowi naczelnemu Wydziału zdrowia magistratu m. Warszawy, za przewodniczenie na 1-szem posiedzeniu Zjazdu, p. Bronisławowi Krakowskiemu, Naczelnikowi Wydziału opieki nad dziećmi i młodzieżą przy Min. Pracy i Opieki Społecznej, oraz p. Dr Stanisławowi Tubiaszowi, Radcy Ministerstwa Spraw wewnętrznych za wygłoszone na Zjeździe referaty.

III. Wyrazić podziękowanie wszystkim gościom, którzy zaszczycili obrady swoją obecnością, oraz wszystkim tym, którzy nadesłali życzenia.

IV. Piąty Zjazd powierza Komisji wychowawczej opracowanie w ciągu dwóch lat memorjału, dotyczącego systemów szkolenia, stosowanych w szkołach pielęgniarstwa w Polsce, oraz zdanie sprawy z pracy nad tą sprawą za rok, VI-temu Walnemu Zjazdowi.

V. Zarząd P. S. P. Z. zwróci się do Departamentu Sł. Zdrowia Minist. Spraw Wewnętrznych z prośbą o przyspieszenie wydania regulaminu, dotyczącego obowiązków personelu pielęgniarskiego, zatrudnionego w ośrodkach zdrowia i poradniach.

VI. Piąty Walny Zjazd uchyla zeszłoroczną uchwałę zjazdową w sprawie Szkoły Pielęgniarek w Poznaniu, ponieważ dyrektorką jej jest obecnie dyplomowana pielęgniarka, a cenzus naukowy uczennic stoi na wysokości wymagań P. S. P. Z.

W wolnych wnioskach szczególnie żywo dyskutowano, jakie stanowisko ma zająć Stowarzyszenie wobec krótkich kursów dla pielęgniarek. Ścierały się rozmaite zdania, mniej lub więcej krańcowe, zanim doszło do porozumienia. (II. wolny wniosek).

Przeszły następujące

Wolne wnioski:

I. P. Janina Żakowska w imieniu absolwentek Szkoły pielęgniarek w Poznaniu zaprasza Stowarzyszenie na VI. Walny Zjazd do Poznania; *Zaproszenie to przyjęte zostało oklaskami, poczem p. Romanowska złożyła podziękowanie i wyraziła radość z tak miłej propozycji.*

II. Wniosek p. Jadwigi Suffczyńskiej z poprawką p. Lankajtesówny: P. S. P. Z. uchwala zasadniczo nie popierać krótkich kursów, lecz, uwzględniając potrzeby chwili, zezwala indywidualnie swym członkiniom na współpracę w prowadzeniu kursów.

III. Wniosek p. Teresy Kulczyńskiej: P. S. P. Z. przyjmie do Stowarzyszenia siostry zakonne, absolwentki szkół pielęgniarskich, z przyznaniem im ulg w opłacie składek członkowskich.

IV. Wniosek p. Marji Babickiej: P. S. P. Z. przekazuje rewizję swego statutu Komisji statutowej.

V. Wniosek p. Zofji Zawadzkiej: P. S. P. Z. uchwala poczynić starania w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej oraz w Ogólnopaństwowym Związku Kas Chorych o uzyskanie stanowisk referentek pielęgniarskich.

---

*Po uchwaleniu rezolucyj i przyjęciu wolnych wniosków, p. Jadwiga Romanowska zamknęła V. Walny Zjazd, żegnając zebrane koleżanki aż do przyszłego roku — w Poznaniu.**)

Kronika pielęgniarska

Warszawa

Goście zagraniczni.

Od 16. X. do 31. X. bawiła w Warszawie Mrs. Helen L. Bridge-Shartle, pierwsza dyrektorka Warsz. Szk. Pielęgn., jedna z najzasłużeńszych pionierek nowoczesnego pielęgniarstwa w Polsce. Dzięki uprzejmości dyrektorki, p. Zofji Szlenkierówny, Mrs. Shartle wraz z małżonkiem była przez tydzień gościem Warsz. Szk. Piel.

Z końcem listopada, jako gość Fundacji Rockefellera, przyjechała na parę dni Miss Mary Roberts, redaktorka najwybitniejszego pisma pielęgniarskiego w Ameryce *„The American Journal of Nursing"*. Miss Roberts jest pielęgniarką i przed objęciem stanowiska redaktorki pracowała przez 15 lat w szpitalnictwie i w szkołach pielęgniarskich. Zna dobrze b. dyrektorkę Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa i od niej dowiedziała się o rozpoczynającym się u nas ruchu zawodowym pielęgniarskim. — Przyjechała do Europy dla zapoznania się z kierunkami rozwoju pielęgniarstwa. W biurze nowojorskiem Fund. Rockefellera powiedzieli jej, że nie może ominąć Polski, gdyż Polska ma najkompletniejszy z krajów Europy — nie licząc Anglji — program pielęgniarstwa i organizacji zdrowia. — Miss Roberts zwiedziła 3 szkoły pielęgniarstwa w Warszawie, wraz z placówkami szkolenia pielęgniarek w szpitalach i ośrodkach zdrowia, oraz jeden z ośrodków zdrowia powiatu Warszawskiego. — Duże wrażenie zrobiła na niej organizacja naszych szkół pielęgniarswa, która ma na celu przedewszystkiem nauczanie, a nie wyzyskiwanie czasu uczennicy dla potrzeb placówki, na której pracują. Dalej podkreśliła, że w odróżnieniu od wielu szkół amerykańskich, nasze mają na celu przygotowanie pielęgniarek do czekającej je pracy i odpowiadających potrzebom planu organizacyjnego służby zdrowia. W Ameryce większość szkół jest zakładana dlatego, że szpitalom potrzeba taniego materjału roboczego, więc, chociaż

---

*) Podczas obu dni Zjazdu czynną była Wystawa Książki, z której sprawozdanie ukaże się w następnym numerze „Pielęgniarki Polskiej". *(Przyp. Red.)*

kurs w nich jest dłuższy od naszego, bo 3 i 4-ro letni, wykształcenie, jakie dają, bywa słabe i obecnie panuje bezrobocie wśród pielęgniarek. — Miss Roberts zainteresowała się szczególnie opieką nad stanem zdrowia uczennic, prosiła nawet o przetłumaczenie karty zdrowia, aby ją móc podać szerszemu ogółowi pielęgniarskiemu. — Największe jednak wrażenie zrobiło na niej spotkanie z instruktorką szkolną na terenie ośrodka zdrowia. W tem też przodujemy: w Ameryce pielęgniarka społeczna kształci się po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa i jest wówczas pozostawiona sama sobie i poniekąd na łasce pielęgniarek, pracujących w instytucjach zdrowia publicznego, które nie mają żadnych obowiązków uczenia jej. — Przy pożegnaniu, reasumując swe wrażenia z Polski pielęgniarskiej, Miss Roberts podkreśliła, że jesteśmy na początku drogi, ale budujemy na mocnych podstawach i, dzięki zbiegowi różnych okoliczności, udało nam się uniknąć błędów, jakie inne państwa, w których wcześniej rozwinęło się pielęgniarstwo, popełniały.

Z Warsz. Szk. Piel.

Dnia 5. X. 1930 otwarto na oddziale szkolnym Kliniki Uniwers. Szpit. Dz. Jezus kuchnię dietetyczną. Uczennice pracują w niej pod kierunkiem p. Marji Morzkowskiej, magistra dietetyki. Każdego zwiedzającego uderza doskonale rozplanowanie kuchni, oraz bardzo estetyczny jej wygląd. Nowootwarta placówka znakomicie uzupełni wykształcenie pielęgniarskie uczennic w dziale chorób wewnętrznych.

Ze Szkoły P. C. K. w Warszawie.

Ukończono budowę drugiego piętra I. pawilonu Szkoły; zawiera ono sypialnie dla 28 uczennic, łazienki oraz mieszkanie instruktorki. Dzięki rozbudowie, Szkoła rozporządza obecnie 96 miejscami dla uczennic.

Kraków

Z Uniw. Szkoły Pielęgniarek.

Dnia 18. X. 1930 uczennice, pod kierunkiem p. Jadwigi Jasińskiej, objęły oddział zakaźny Szpitala św. Łazarza.

W październiku p. Teresa Kulczyńska, instruktorka klasowa, zaczęła wykłady pielęgniarskie w Państwowej Szkole Położnych. (Na zlecenie Dep. Sł. Zdr. wprowadzono 50 godzin pielęgniarstwa w 1. semestrze do dwuletnich państw. Szkól Położnych).

Dnia 16. XI. 1930 uzyskały dyplomy następujące absolwentki:
Baranówna Marja,
Chudziakówna Janina,
Füllerówna Zdzisława,
Jurczukówna Olga,
Kohenowa Marja,
Kochanówna Janina,
S. Kunatówna Stefanja, Nazaretanka,
Pieńkowska Zofja,
Przyłęcka Zofja,
Rydygierówna Alicja,
Sarnecka Stanisława,
Zawadzka Zuzanna.

Posady objęte

1. XI. 1930 abs. Szkoły Krak. p. Olga Simkówna — w Ośrodku Zdrowia w Mościcach, wojew. Lwowskie.

15. XI. 1930 abs. Szkoły Krak. p. Marja Kohenowa — w Ośrodku Zdrowia w Lubaczowie, wojew. Lwowskie.

Czytajcie i rozpowszechniajcie Miesięcznik Zawodowych Pielęgniarek.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, św. Krzyża 11.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem R. Ferka.

Z Polskiego Czerwonego Krzyża

Zmiany posad w PCK w sierpniu, wrześniu i październiku 1930

S. Rotterówna Marja, (abs. Warsz. Szk. Piel.) do Szk. Piel. PCK. w Poznaniu, jako instruktorka klasowa.

S. Masiewiczówna Janina (abs. Warsz. Szk. Piel.) do Szk. Piel. PCK. w Warszawie, jako instruktorka pracy społecznej.

S. Abgarowicz Marja, ze Szp. Wojsk. w Równem do Szp. Ujazd. w Warszawie.

S. Brzykcówna Agnieszka z Poznania do Szp. Wojsk. w Równem.

S. Nowakówna Katarzyna z rezerwy do Szp. Wojsk. w Przemyślu.

S. Czarnecka Kornelja z rezerwy do Szp. PCK. w Równem.

S. Tyłłówna Janina ze Szp. Mokot. w Warszawie do Szp. Wojsk. w Przemyślu.

S. Rzeszowska Anna ze Szp. w Krakowie do San. PCK. w Zakopanem.

S. Semerau Augusta ze Szp. PCK. w Gnieznie do Szp. Wojsk. w Chełmie.

S. Zgrzybaczówna Stefanja ze Szp. Wojsk. w Chełmie do Szp. Wojsk. w Brześciu.

S. Wolniewiczówna Marja po specjalizacji w Warszawie do Szp. Wojsk. w Toruniu.

S. Kalinowska Marja z Chełma do Szp. Wojsk. w Grodnie.

S. Glińska Antonina z Grodna do Szp. Wojsk. w Chełmie.

S. Iwaszko Stanisława z Torunia do Szp. Wojsk. w Krakowie.

S. Wawrzykowska Leokadja (abs. Warsz. Szk. Piel.) ze Szp. PCK. w Warszawie do Szp. Ujazd. w Warszawie.

S. Stenclówna Marja (abs. Pozn. Szk. Piel. PCK.) po kursie w Londynie do Szp. Wojsk. w Poznaniu jako instruktorka szkolna.

S. Wojciechowska Julja (abs. Pozn. Szk. Piel. PCK.) ze Szp. PCK. w Gnieźnie do Szp. PCK. w Równem.

Przyjęte do PCK.

P. Leszkowska Elżbieta (abs. Szk. Piel. PCK. Pozn.) do Szp. Wojsk. w Poznaniu.

P. Walentówna Marja (abs. Szk. Piel. PCK. Pozn.) do Szp. Wojsk. w Poznaniu.

P. Menetówna Czesława po 9 mies. kursie w Domu Mac. do Szp. Wojsk. we Lwowie.

P. Gierjatowiczowa Czesława po 9 mies. kursie w Domu Mac. do Szp. Wojsk. we Lwowie.

P. Barankiewiczówna Natalja po 9 mies. kursie w Domu Mac. do San. PCK. w Zakopanem.

P. Filipowiczówna Rozalja (abs. Warsz. Szk. Piel.) do Szp. PCK. w Warszawie.

OD ADMINISTRACJI!

By uniknąć przerwy w otrzymywaniu pisma, prosimy o podawanie **zmian adresów,** podając „dotychczasowy . . . . obecny . . . . .“

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

OPIEKA NAD MACIERZYŃSTWEM, DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ
Nr. 5.

HIGJENA I WYCHOWANIE

ZBIOR ODCZYTÓW

SPIS RZECZY

BIBLJOTEKA
Wydziału Opieki Społecznej nad Dziećmi i Młodzieżą
Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

POD REDAKCJĄ
NACZELNIKA WYDZIAŁU
BRONISŁAWA KRAKOWSKIEGO